PARTS OF THE ORIGINAL DOCUMENT

ARE OF POOR REPRODUCTIVE QUALITY

CERTAINES PARTIES DU DOCUMENT ORIGINAL

SONT DE PIÈTRE QUALITÉ DE REPRODUCTION

RAPPORT DES ACTIVITÉS POUR L'ANNÉE 1986-87

Conseil
de la santé
et des services
sociaux
de la région
de Montréal
métropolitain

1986-87

TABLE DES MATIÈRES

Le message du président 4
Le conseil d'administration 5

Chapitre I

Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain
Le message du directeur général 10
Le Conseil régional et la Commission Rochon 11
Les commissions administratives et les comités régionaux 12
La région de Montréal métropolitain 14
- Les établissements de la région 16
- Les prix Persillier-Lachapelle 1986 18
- Les principales communautés culturelles 19

Chapitre II

Les directions du Conseil régional
La direction de la Planification, des systèmes et méthodes 22
La direction de la Programmation 24
- Services de première ligne 26
- Services d'hébergement et de soins de longue durée 28
- Services de réadaptation 29
- Services hospitaliers de courte durée 32

La direction des Urgences santé 34
La direction de l'Information et des relations avec la population 36
La direction des Ressources humaines 42
La direction des Services administratifs 44

Chapitre III

Dossier thématique: Les urgences
Application des mesures de désengorgement des urgences: Bilan après un an 48
Implantation des mesures de désengorgement des urgences – Rapport d'étape 50
Les perspectives 1987-88 54

LE SIGLE ET SES SYMBOLES

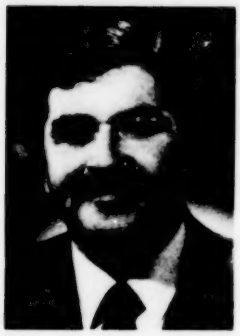
Le sigle représente les composantes du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain et donne l'image des interrelations entre ces composantes en conformité avec ses objectifs et ses fonctions.

La décentralisation de pouvoirs en faveur du Conseil et du réseau respecte la participation et l'autonomie de la gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité sous-tendent cette orientation.

Le sigle du Conseil régional regroupe trois éléments distincts mais inextricablement liés: le Conseil, les établissements et organismes ainsi que la population. Le point représente le Conseil, pivot de la stabilité et de l'équilibre de l'ensemble; il indique en outre le rôle décisionnel du Conseil. Le carré brun représente les établissements et les organismes du réseau. Les carrés gris représentent les usagers, les groupes de citoyens et le grand public.

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame la ministre,



Dr Claude Farah-Lajoie
Président

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du conseil d'administration et conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971, le rapport des activités du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, pour l'année budgétaire se terminant le 31 mars 1987.

Dans ce rapport, nous avons tenté de dresser un portrait des principales activités des différentes directions du Conseil régional pour l'année qui vient de se terminer. Le dossier des mesures d'urgence ayant mobilisé une somme d'énergie importante chez bon nombre de nos intervenants, vous comprendrez qu'il occupe une place particulière. Il en va de même de notre participation à la Commission Rochon puisque tout questionnement et évaluation de quelque système que ce soit est signe de santé et dynamisme. Et comme par le passé, nous tenons à exposer non seulement les progrès et accomplissements du réseau, mais également les lacunes et faiblesses qui demeurent, telles qu'identifiées par le traitement des plaintes provenant des usagers de nos services, notre raison d'être étant avant tout la population et la réponse à ses besoins.

Nous espérons que nos différents publics: le ministère, le réseau, les groupes communautaires et bénévoles, les universités, la permanence du Conseil régional et la population en général sauront trouver dans ce rapport d'activités, réponse à leurs interrogations.

Dr Claude Farah-Lajoie, m.d., L.M.C.C.
Président du conseil d'administration du
Conseil de la santé et des services
sociaux de la région de Montréal
métropolitain

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 1986-87

Par collèges électoraux

Le CSSSRMM est administré par un conseil d'administration formé de dix-huit membres – dont le directeur général – issus de onze collèges électoraux.

Maires des municipalités
M. John Parisella
M. Russel Williams

Groupes socio-économiques
Mme Patricia Girard
Mme Berthe Michaud
M. Jules H. Levasseur
M. Jean Savard

Directeurs généraux des établissements
M. Constant Bavota*

Centres hospitaliers
M. Jean Leblanc*
M. Jacques R. Nolet**

Conseil des médecins et dentistes
Dr Claude Farah-Lajoie (président)

Centre local de services communautaires (CLSC)
M. Pierre Ouimet

Centres de services sociaux
Dr Victor C. Goldbloom*
Me Gilles Poulin*

Centres d'accueil
M. Ronald Tellier*

Universités
Dr Gilles Tremblay

Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP)
M. Yves Mongeau

Organismes bénévoles
M. Ross Robinson

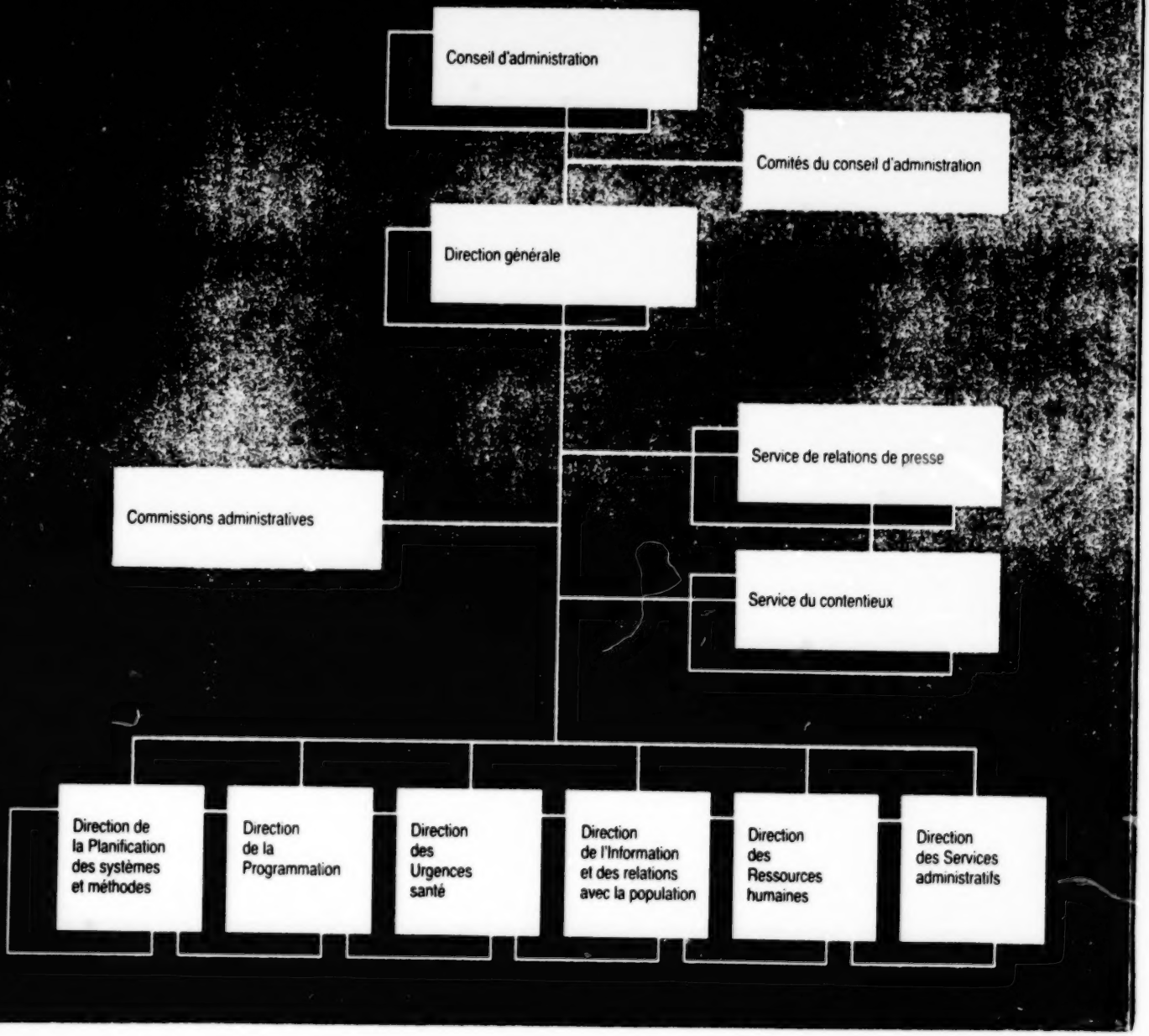
Directeur du CSSSRMM
M. Gérard Marcoux (secrétaire)

* Mandat terminé – rééligible
** Mandat terminé – non rééligible

I.

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN



NATURE ET MANDAT DU CONSEIL RÉGIONAL

Le Conseil régional est un organisme para-public, implanté depuis 1972, qui coordonne et met en rapport la population, les établissements et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il vise à assurer la planification, la programmation, l'administration et l'évaluation des services de santé et des services sociaux dans la région de Montréal métropolitain.

Mandat

Le mandat général du Conseil régional est de contribuer à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et ses conditions sociales.

En conformité avec les politiques gouvernementales et dans un esprit de participation et de démocratie, le Conseil régional doit s'assurer que les services rendus soient continus, accessibles, efficaces et adaptés aux besoins de la population et aux exigences du milieu, et ce en évitant la double responsabilité et la duplication.

LE MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Place à la clientèle: responsabilisation – partage – équilibre

Gérard Marcoux
Directeur général

Le Conseil régional a réalisé en très grande partie ses plans d'action de l'année. Il a, avec ses partenaires, maintenu un souci constant de veiller à l'accessibilité aux soins et services, sans discrimination, étant entendu que les clientèles les plus démunies demeurent prioritaires.

L'équilibre recherché dans l'exercice du pouvoir, dans l'implantation des programmes et dans la distribution des ressources n'est toujours pas complètement atteint mais des progrès importants sont constatés. Ces grands objectifs demeureront à l'agenda pour l'année qui vient. Les règles de partnership, basées sur le respect et la confiance, ont porté leurs fruits chaque fois qu'elles ont été véritablement respectées. Ainsi, dans la réalisation de l'implantation des mesures d'urgence à Montréal, la population dans le besoin a bénéficié de résultats positifs dans un grand nombre de mesures. Ce projet touchait pratiquement toutes les problématiques de la santé et du social. Le projet invitait à la participation tous les établissements du réseau. Le lecteur trouvera dans ce rapport les résultats obtenus auprès des clientèles dans chacun des grands secteurs: services hospitaliers, services d'hébergement et de longue durée, services de santé mentale, services de première ligne et services de réadaptation.

Dans tous nos programmes de la dernière année, nous avons voulu réserver la place centrale aux **services à la clientèle**. L'accès à cette place de choix pour la population est directement lié au degré de responsabilisation des intervenants à tous les niveaux d'administration de soins et de services. Avec engagement, le Conseil régional a utilisé le mieux possible ses outils régionaux de concertation afin de maintenir et d'améliorer la qualité des services en établissement et, à la fois, développer progressivement les ressources hors-établissement, de façon plus particulière dans le milieu naturel.

La réponse des établissements et des organismes a été encourageante. Les comptes rendus que vous lirez dans les pages qui suivent vous permettront de juger de l'avancement de nos projets vers une meilleure accessibilité, dans un climat régional de complémentarité.

En travaillant à construire une programmation intégrée de services, nos professionnels ont réussi, avec le réseau, à mieux orienter et, en partie, à mieux organiser les services aux clientèles-cibles: mésadaptés socio-affectifs, déficients intellectuels, handicapés physiques, alcooliques et toxicomanes.

Les fonctions et responsabilités du Conseil régional, largement décrites dans les articles 18 et suivants de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous dictent le cadre général des activités, année après année. Le Conseil régional est là pour la population; il est là pour veiller à ce que les garanties fondamentales qui ont été données par le gouvernement soient respectées envers la clientèle. Le Conseil régional est aussi là pour les établissements, pour veiller à ce que des services de qualité soient offerts et que les ressources soient réparties adéquatement.

En regard de la **population**, la responsabilité première d'un Conseil régional est de veiller à favoriser et réaliser l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des soins et services après l'identification des besoins prioritaires et ce, sans discrimination.

Au niveau des **établissements**, la responsabilité première d'un Conseil régional est de réaliser et de veiller à la distribution équitable, adéquate des ressources matérielles, humaines et financières en regard de l'objectif premier du système qui est de donner, de façon universelle, des soins et services à toute la population.

Avec la population et avec les établissements et tous les organismes du milieu, le Conseil régional veut entreprendre résolument la réalisation de ses projets 1987-1988 de façon responsable, en conservant les mêmes bases dans ses règles de partnership: **respect – confiance**.

Toutes les activités du Conseil régional seront imprégnées de trois objectifs prioritaires:

1. voir à l'application de vraies règles de saine gestion et de partnership;
2. parfaire l'implantation d'un réseau de services axés sur les clientèles prioritaires;
3. maintenir l'équilibre budgétaire.

Gérard Marcoux

Gérard Marcoux, Adm.A., F.A.C.H.E.,
Directeur général

LE CONSEIL RÉGIONAL ET LA COMMISSION «ROCHON»

En mai 1986, le Conseil régional, en tant qu'administrateur régional des programmes de santé et de services sociaux, présentait à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, un document intitulé: «Les problèmes et les enjeux... et quelques pistes de solutions». Ce document faisait état des principaux problèmes que présente le système de santé dans la région, au niveau des besoins de services de la population, des ressources affectées pour y répondre et des principaux mécanismes de fonctionnement et de prise de décision.

Les problèmes reliés aux besoins et aux services

La région 06-A est caractérisée par une insuffisance et une inadéquation au niveau de la distribution de services au plan des personnes âgées en perte d'autonomie, au plan de la santé mentale et au plan des maladies cardio-vasculaires. Des efforts devraient être fournis afin de pallier l'insuffisance des services à domicile et le manque d'intégration des différentes actions entreprises à l'égard des personnes âgées, de mettre en place et de coordonner un éventail de services en santé mentale, et de développer un réseau de services pour diminuer l'incidence et l'impact des maladies cardio-vasculaires.

Les personnes nécessitant des services de réadaptation: les jeunes en difficulté, les personnes handicapées physiquement, les personnes déficientes intellectuellement et les alcooliques et toxicomanes, devraient faire l'objet d'une programmation intégrée.

Enfin, le réseau est confronté à un manque d'accessibilité aux services de première ligne, des difficultés majeures au niveau des services d'urgence et une problématique particulière au plan de l'accessibilité linguistique et culturelle des services.

Les problèmes reliés aux ressources

Le système fait face à de graves difficultés au niveau de la disponibilité, du maintien et de l'adaptation continue des ressources humaines et matérielles, d'une part à cause de l'usure des ressources matérielles et, d'autre part, à cause de l'évolution des besoins des clientèles et des méthodes de dispensation des services. Il apparaît nécessaire d'investir de façon accrue dans la formation des ressources humaines, d'établir une véritable politique vis-à-vis de l'implantation des technologies médicales et de nouvelles sources de financement pour intensifier les investissements dans la rénovation fonctionnelle des immeubles.

Les problèmes reliés aux mécanismes de prise de décision et à la participation

Il est essentiel de retrouver au niveau régional les conditions propices et les moyens nécessaires au développement et au fonctionnement de réseaux de services accessibles, continus, complémentaires, efficaces, adaptés aux besoins des individus et des collectivités.

Il s'avère essentiel de reconnaître le rôle unique de planification et d'organisation du Conseil régional en tant qu'administrateur régional des services; il y a donc lieu de clarifier davantage les rôles du ministère, des conseils régionaux, des DSC et des CSS. Un autre enjeu important touche le déséquilibre entre le pouvoir de décision des établissements et les incitatifs régionaux: comment subordonner, sans la nier, l'autonomie des établissements à la rationalité du développement et du fonctionnement? Enfin, concernant la participation, le Conseil régional veut renforcer son influence dans les mandats qui lui sont confiés et favoriser une redéfinition de la place de l'action volontaire dans l'organisation sociale.

Au-delà des problèmes: orientations et pistes de solutions

L'évocation des problèmes et des enjeux a pour objectif d'alimenter la réflexion et la compréhension du système de services socio-sanitaires. Il ne s'agit pas d'une remise en cause du système, mais bien d'un «réalignement» sur ses finalités qui devrait être centré sur des objectifs de santé et de participation sociale. Ce «réalignement», à long terme, devra être axé sur la recherche en santé, en social et en administration publique. Enfin, ce «réalignement» sera orienté vers le maintien dans le milieu et vers le développement de ressources alternatives.

Pistes de solution

- Budgets de transition pour le développement des ressources alternatives.
- Budgétisation des établissements sur une période de trois ans.
- Gestion des approvisionnements dans une perspective de développement économique.
- Appui ministériel accru aux pouvoirs du Conseil régional, compte tenu de ses responsabilités, en particulier en ce qui a trait à la reconnaissance des priorités régionales, au traitement des plaintes, à la répartition des effectifs médicaux, aux politiques d'admission, à l'utilisation des lits, à l'expertise professionnelle en planification et évaluation.
- Décentralisation budgétaire planifiée du M.S.S.S. au Conseil régional.

Afin de réaliser certains mandats et d'atteindre ses objectifs, le Conseil régional a créé des commissions administratives et des comités régionaux. Cette structure, regroupant les principaux interlocuteurs des différents domaines d'intervention, est un instrument privilégié de concertation régionale.

Grâce à ce mécanisme, le CSSSRMM parvient à une décentralisation à l'égard du ministère de la Santé et des Services sociaux, favorise la concertation entre établissements et organismes et s'assure de l'adaptation des ressources aux besoins de la population.

Direction de la Programmation

Ces commissions concernent l'organisation des services à la population et s'orientent sur une population-cible ou sur une caractéristique socio-sanitaire. Elles visent à assurer la réponse à l'équation besoins-ressources.

Commission administrative des services communautaires
Pierre Durocher, président
André Cimon, coordonnateur

Commission administrative des services d'hébergement et soins prolongés
Juliette Pilon-Bailly, présidente
Colette Tracyk, coordonnatrice

Commission administrative de la mésadaptation sociale
Howard Martin, président
Chantal Lavigne, coordonnatrice

Commission administrative des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
Win Taylor-Thibodeau, présidente
Ronald McNeil, coordonnateur

Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques
Jacques-Gilles Laberge, président
Nicole Paré-Fabris, coordonnatrice

Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies
Irène Poissant, présidente
Réal Daoust, coordonnateur

Commission administrative des services de santé mentale
Dr Camille Laurin, président
Nicole Fontaine, coordonnatrice

Commission administrative des services hospitaliers de courte durée
David Levine, président
Marie-France Pfeiffer, coordonnatrice

Direction de la Planification, des systèmes et méthodes

Ces deux comités régionaux ont pour fonction d'identifier les problèmes et besoins de santé d'envergure régionale, de fournir aux divers secteurs du Conseil régional les cadres de référence nécessaires à l'élaboration de plans de distribution de services et de proposer des modes d'organisation régionale appropriée.

Comité régional en santé communautaire
John Hoey, président
Luc Deslauriers, coordonnateur

Comité d'informatique régionale
Yves Lachapelle, président
Yvan Mauger, coordonnateur

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES ET LES COMITÉS RÉGIONAUX

Direction de l'Information et des relations avec la population

Ces comités visent entre autres les liens directs avec la population afin d'assurer la qualité des services, ainsi que l'élaboration et la coordination d'un réseau régional de communication.

Comité régional sur l'information et les communications
Jean Garneau, président
Bruno Paquet, coordonnateur

Comité d'humanisation des soins en périnatalité*
Louise Gagné, coordonnatrice

Table de concertation des porte-parole des malades*
Marie Déquier, coordonnatrice

Comité d'évaluation pour l'accréditation des organismes bénévoles*
Marie Déquier, coordonnatrice

Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes*
Louise Gagné, coordonnatrice

* L'animation de ces comités est assumée par la coordonnatrice plutôt que par un président.

Direction des Services administratifs

Ces commissions et comités de gestion sont axés sur la répartition des ressources matérielles et financières, ou sur la mise en commun de certaines activités avantageuses au point de vue technique et/ou économique pour les établissements.

Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., CLSC, CSS
Jean-Paul Bouchard, président
Denis Chevalier, coordonnateur

Comité régional de buanderie
Pierre Chénier, président
Raymond Hébert, coordonnateur

Comité régional de développement des cadres
André Chagnon, président
Pierre Beaulieu, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe «A»
Donald Charness, président
Yves Brisson, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe «B»
Paul-Yvon Forest, président
Mario Gervais, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe «C»
Michel Delisle, président
Paul Morency, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe «D»
Louis Garépy, président
Réjean Boutet, coordonnateur

Commission administrative des immobilisations C.H.
Pierre Marsan, président
Robert Demers, coordonnateur

1. General de Montreal
2. Verdun
3. Ste-Justine
4. St-Luc
5. Lakeshore
6. Sacre-Cœur
7. Maisonneuve-Rosemont
8. Laval

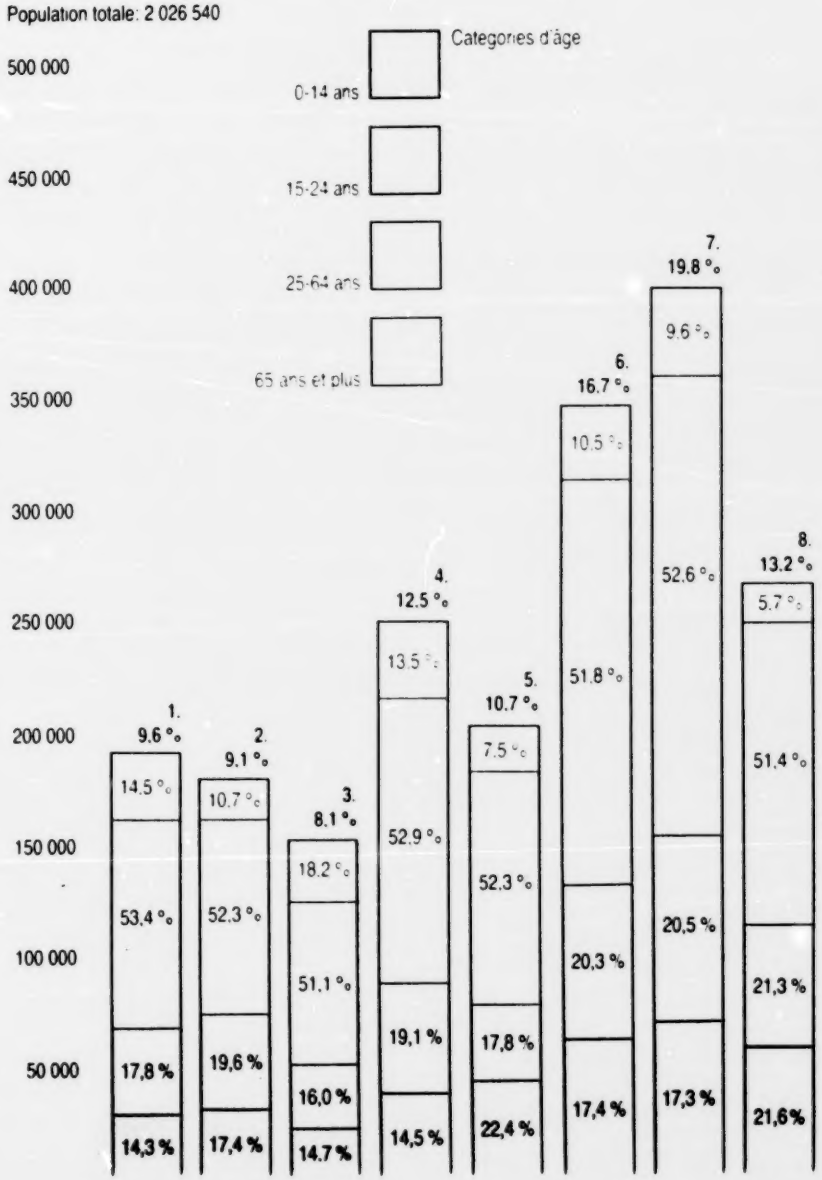
LE CONSEIL RÉGIONAL ET LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

En tant qu'organisme d'administration régionale des services de santé et des services sociaux, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain est responsable de la région 06-A. Comparée aux douze autres régions administratives, la région de Montréal métropolitain représente la plus petite superficie: 738,97 kilomètres carrés (285,32 milles carrés). (Source: Statistique Canada 1981)

Toutefois, la densité de la population est quarante fois plus élevée que dans n'importe laquelle des autres régions. On y compte, en effet, quelque deux millions d'habitants, répartis tel qu'indiqué dans le tableau suivant, par territoire sous-régional.

La région de Montréal connaît une décroissance assez spectaculaire depuis 1966 (Source: Conseil canadien du développement social). La dénatalité et le vieillissement sont donc deux traits caractéristiques de la démographie de cette région et entraînent des situations telles que la fermeture d'écoles et une demande accrue de services de santé par les personnes âgées. La population de 65 ans et plus, qui se chiffrait à 218 725 personnes en 1981, se composera de 282 593 personnes en 1996, soit 16,3 % de la population totale de la région. (Source: Projection tirée du modèle Super pop. révisé 1980, M.S.S.S.)

Répartition par territoire de la population de la région 06-A



1. Général de Montréal
2. Verdun
3. Ste-Justine
4. St-Luc
5. Lakeshore
6. Sacré-Coeur
7. Maisonneuve-Rosemont
8. Laval

LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

La région 06-A couvre l'île de Montréal, l'île Jésus, l'île Bizard et l'île des Sœurs; elle compte, sur son territoire, 248 établissements publics et privés de santé et de services sociaux: les centres hospitaliers (C.H.), les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), les centres d'accueil (C.A.) et les centres de services sociaux (C.S.S.). Enfin, la région de Montréal métropolitain compte des centaines de groupes socio-économiques, des centaines de familles d'accueil et des foyers de groupe.

Nombre de lits par territoire de département de santé communautaire

Territoire de DSC	Lakeshore	Laval	Maisonneuve-Rosemont	Général de Montréal	Sacré-Cœur	Saint-Luc	Sainte-Justine	Verdun	TOTAL
Courte durée	498	452	2228	3543	1428	1754	1769	782	12 454
Longue durée	1069	138	2407	661	959	1189	764	782	7 969
Hébergement	942	1258	4528	1303	2331	1684	1059	1021	14 126
Réadaptation	857	552	827	574	790	341	26	31	4 074 *

Source: Service de référence, CSSSRMM (1987)

* 76 lits appartenant à un établissement hors région.
Ce tableau inclut les lits en hébergement psychiatrique, en CA privés, en pavillons et en institution fédérale.

Établissements de santé et de services sociaux région 06-A (Montreal metropolitain)

Territoire	DSC Lakeshore		DSC Laval		DSC Maisonneuve-Rosemont		DSC Général de Montréal		DSC Sacré-Cœur		DSC Saint-Luc		DSC Sainte-Justine		DSC Verdun		Région 06-A		
Catégories d'établissements	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	TOTAL
C.H. – TOTAL	**4**	**2**	**2**	**2**	**11**	**8**	**12**	**3**	**8**	**4**	**7**	**2**	**7**	**0**	**4**	**2**	**55**	**23**	**78**
Courte durée	3	0	2	1	4	1	10	3	5	0	4	0	5	0	2	0	35	15	**40**
Longue durée	1	2	0	1	4	7	2	0	3	4	3	2	2	0	1	2	16	18	**34**
Vocation psychiatrique	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	**4**
C.A. – TOTAL	**9**	**5**	**8**	**14**	**14**	**11**	**11**	**9**	**13**	**17**	**8**	**5**	**2**	**3**	**5**	**4**	**71**	**68**	**139**
Hébergement	4	5	2	13	7	11	5	4	6	16	4	3	1	3	5	3	34	58	**92***
Réadaptation:																			
• Mésadaptés socio-affectifs	1	0	3	0	4	0	2	0	4	1	1	0	1	0	0	1	17*	2	**19**
• Handicapés physiques	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	3	2	**5**
• Handicapés mentaux	3	0	3	1	2	0	1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	13	3	**16**
• Alcooliques et toxicomanes	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	**4**
• Vocation psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	**1**
• Mères en difficulté	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	**2**
CLSC – TOTAL	**2**	**0**	**4**	**0**	**8**	**0**	**3**	**0**	**3**	**0**	**6**	**0**	**1****	**0**	**1**	**0**	**28**	**0**	**28**
CSS – TOTAL																	**3**	**0**	**3**
TOTAL	**15**	**7**	**14**	**16**	**33**	**19**	**26**	**12**	**24**	**21**	**21**	**7**	**10**	**3**	**10**	**6**	**157**	**91**	**248**

Source: Service de référence, CSSSRMM (1987)

* 1 établissement hors région
** Clinique communautaire Pointe-St-Charles: statut spécial
*** N'apparaissent pas à ce nombre les 10 C.A.H. administrés par un C.H. ou un CLSC

pu.: public
pr.: privé

LES PRIX PERSILLIER-LACHAPELLE 1986

Le conseil d'administration du Conseil régional 06-A est heureux de féliciter les trois établissements de Montréal honorés.

En plus du grand prix d'Excellence décerné au Centre d'accueil Miriam, deux autres établissements de notre région ont été reconnus à l'occasion de la remise de sept prix et mention d'honneur par la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Thérèse Lavoie-Roux.

Prix d'excellence en Affaires sociales

Centre d'accueil Miriam

soulignant sa contribution exceptionnelle auprès de sa communauté. Cet établissement offre hébergement et services de santé aux personnes handicapées intellectuellement de Montréal.

Mention d'honneur

CLSC Métro

pour son extraordinaire travail auprès des personnes âgées.

Prix pour l'amélioration des conditions de vie des clientèles hébergées

Centre d'accueil Dante

où l'on note la qualité des services, la chaleur humaine et la grande disponibilité du milieu auprès des personnes âgées.

LES PRINCIPALES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

La région métropolitaine compte une grande diversité de groupes linguistiques et de communautés culturelles. La population autre que française représente 40,3 % de la population totale. Dans son souci d'augmenter l'accessibilité des services sociaux et de santé aux groupes ethno-culturels, le CSSSRMM présente les tableaux suivants qui illustrent les concentrations des principales communautés culturelles de toute la région ainsi que de la plus grande et de la plus petite région.

Concentration des principales communautés culturelles de la région et de la plus grande et plus petite sous-région

Ethnie	Région 06-A		Sous-région			
	Montréal métropolitain		Maisonneuve-Rosemont		Sainte-Justine	
Français	1 194 880	59,7 %	298 810	75,5 %	49 390	30,3 %
Britannique	244 785	12,2 %	17 955	4,5 %	20 455	12,5 %
Italien	148 335	7,4 %	45 025	11,4 %	2 395	1,5 %
Juif	88 260	4,4 %	215	0,1 %	51 260	31,4 %
Autres	326 545	16,3 %	33 480	8,5 %	39 690	24,3 %
Population totale	**2 002 805**	100 %	**395 485**	100 %	**163 190**	100 %

Source: Statistique Canada (1981)

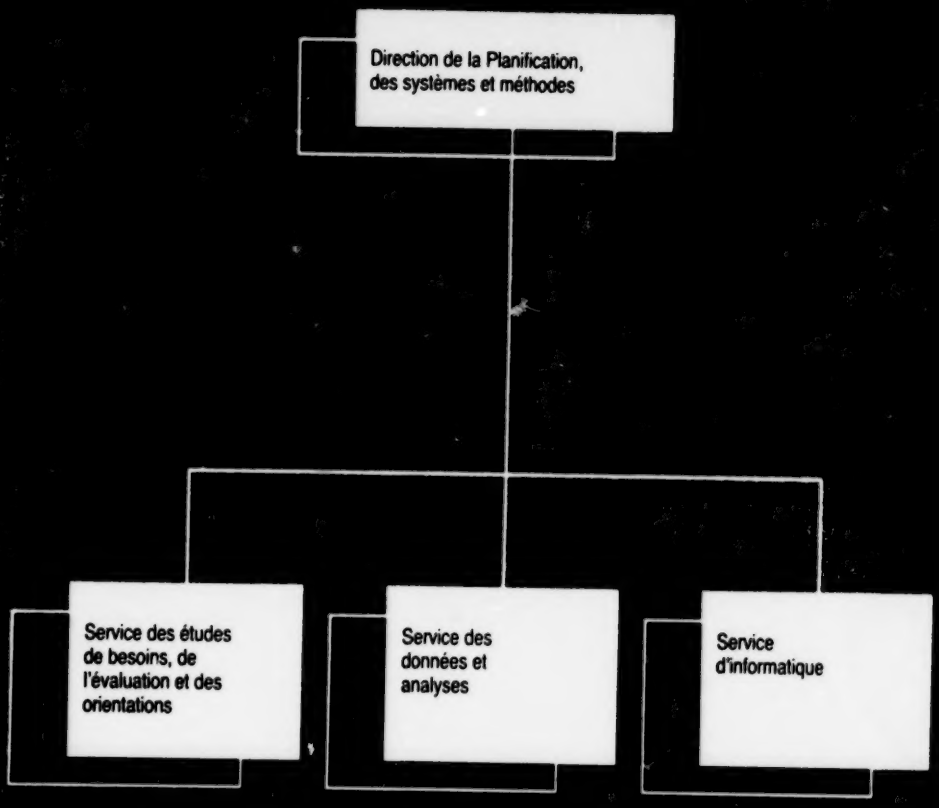
Les dix ethnies les plus importantes parmi les «autres»

Grec	44 600	13,7 %
Nord/Sud (américain)	22 060	6,8 %
Portugais	20 610	6,3 %
Allemand	16 800	5,1 %
Polonais	15 145	4,6 %
Chinois	15 015	4,6 %
Arabe	13 030	4,0 %
Ukrainien	11 545	3,5 %
Espagnol	11 355	3,5 %
Indo-Pakistanais	10 280	3,1 %
Autres	146 105	44,8 %
Total	**326 545**	**100 %**

Source: Statistiques Canada (1981)

II.

LES DIRECTIONS DU CONSEIL RÉGIONAL



Par sa mission d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins de la population et les ressources disponibles pour y répondre, le Conseil régional peut être vu comme une organisation d'information. Elle en cueille, en traite, en diffuse dans le but d'améliorer la connaissance avec un objectif pragmatique: éclairer la prise de décision.

Dans cette perspective, certaines réalisations de la direction peuvent être évoquées, dont les objectifs se résument ainsi: développer des systèmes d'information où l'informatique, comme outil puissant et versatile, doit être utilisée avec méthode afin que les systèmes développés soient utiles et utilisés; en deuxième lieu, «faire parler» les données par l'utilisation de toute une gamme d'outils d'analyses et de recherches afin de profiter et de faire profiter nos partenaires de ces connaissances.

Le service des études de besoins, de l'évaluation et des orientations

Le Comité régional de santé communautaire, formé des huit chefs des DSC, des directrices et directeurs des services professionnels des trois CSS et des représentants des universités de Montréal et McGill, s'est surtout penché sur le programme de subventions à la recherche. Cinq projets ont été autorisés, pour un montant global de 290 000 $. Ces projets portaient sur la santé mentale (prévention, promotion, réseau d'aide), sur les jeunes (l'adolescente enceinte et sa famille) et les maladies cardio-vasculaires (alimentation). Plusieurs intervenants de ces organisations ont contribué à l'évaluation des protocoles de recherche alors que d'autres participent aux travaux des équipes mises sur pied pour le développement des plans de services régionaux de courte durée.

LA DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DES SYSTÈMES ET MÉTHODES

Au sein de la permanence, le service des etudes a poursuivi la démarche d'intégration de la recherche à la programmation. Deux projets en particulier méritent d'être mentionnés: l'estimation quantitative des besoins en santé mentale dans notre region, et le programme cadre pour les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral, ou notre contribution a porte principalement sur la formulation des objectifs tout en assurant un support méthodologique à l'ensemble de la démarche.

Mentionnons finalement la collaboration au dossier relatif à l'accessibilité des services de laboratoire pour les maladies transmises sexuellement; ce dossier a permis de réaliser un premier état de situation concernant les M.T.S. dans notre region et de proposer un programme portant sur la prévention et le traitement du chlamydia.

Le service d'informatique

Le service d'informatique, tout en poursuivant l'intégration de nouvelles technologies, en particulier par l'acquisition de micro-ordinateurs «personnels» fonctionnant sur notre réseau, a participé au developpement et informatisé le systeme des plaintes, le système des comptes a recevoir et le système de gestion de la formation des techniciens ambulanciers.

Au plan de la bureautique, plusieurs séances de formation ont permis à une cinquantaine de personnes d'acquérir suffisamment de notions et d'expertise pour utiliser avec efficacité le progiciel de traitement de texte disponible. De plus, le service a assuré un support de premier ordre auprès des personnes utilisant les progiciels de chiffriers et de tableaux statistiques dont nous disposons.

Finalement, la révision de la «théorie des opérations» (soit l'ensemble du système de support des opérations d'Urgence santé) a été réalisée afin de contribuer à la préparation du plan fonctionnel de relocalisation des opérations d'Urgences santé.

Le service des données et analyses

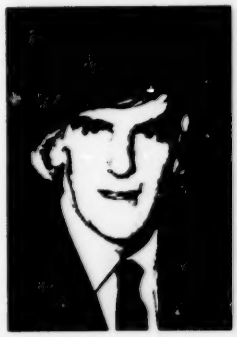
Le service des données et analyses, en conformité avec les orientations du Conseil régional concernant le développement des systèmes d'information de gestion dans le réseau, a contribué à la mise sur pied d'un projet «collectif»: un système de gestion des soins. Ce projet, auquel adhèrent déjà cinq établissements, vise à développer un système commun que d'autres établissements pourraient utiliser dans l'avenir. Les étapes préliminaires de conception générale, répondant aux besoins circonscrits par les partenaires, font place maintenant à des étapes plus techniques d'analyse fonctionnelle et d'identification d'outils de développement informatique, de manière à rendre le système fonctionnel sur d'autres types d'équipement. Enfin, le service des données et analyses a contribué, par son expertise et par la production de données, à l'élaboration des plans de services régionaux pour les priorités identifiées, soit la néphrologie, la cardiologie, l'obstétrique, la transplantation d'organes et la distribution des lits.

Mandats spéciaux

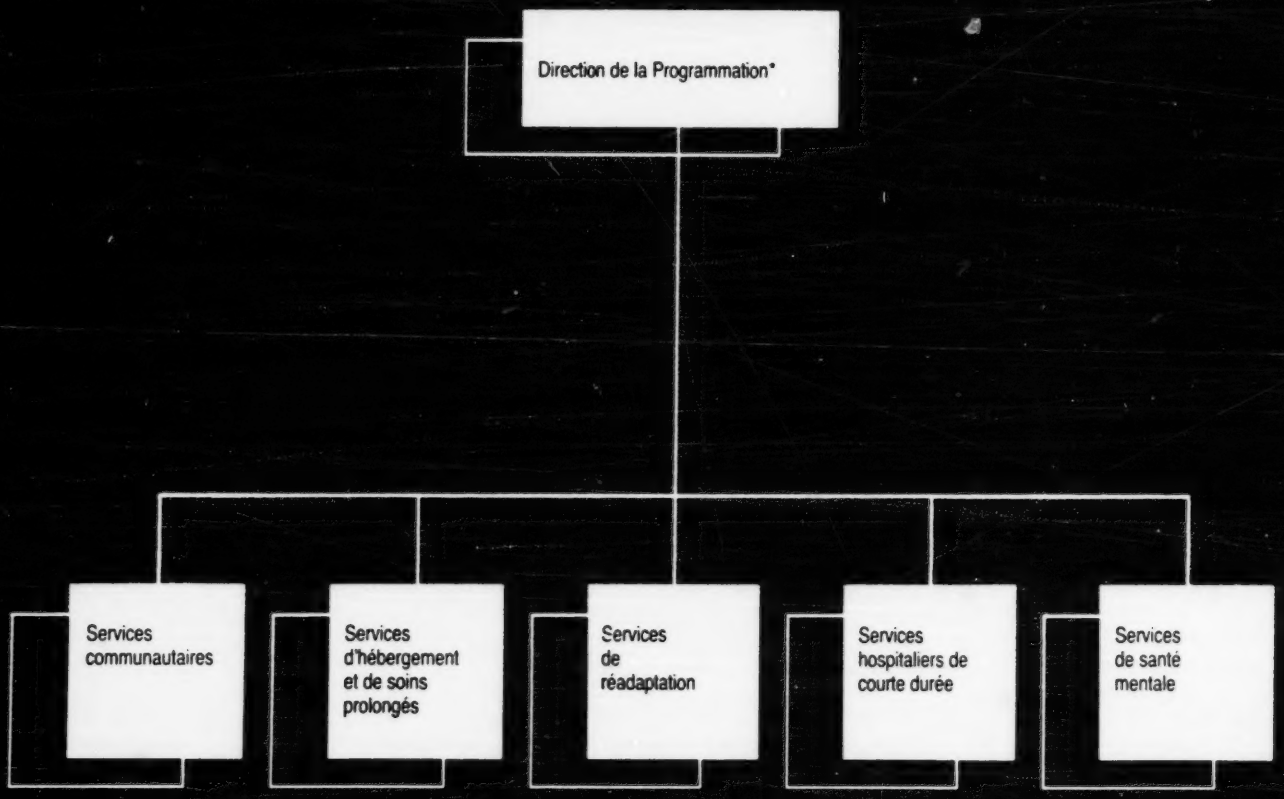
Un programme de travaux communautaires, géré par le Conseil régional depuis plus de deux ans, s'adresse aux jeunes de 18 à 30 ans vivant de prestations de l'aide sociale. Tout en poursuivant la gestion courante de ce programme, nous en avons réalisé une évaluation dont voici quelques faits saillants. Les jeunes ont majoritairement apprécié leur participation. Les personnes ayant reçu des services de jeunes ont exprimé beaucoup de satisfaction. Les promoteurs du projet, soit les organismes bénévoles et communautaires ainsi que les établissements, ont été largement satisfaits et plusieurs ont même soumis de nouveaux projets. La réalisation de ce programme modeste (un peu plus de mille jeunes s'y sont inscrits) a été grandement facilitée par les nombreux liens qu'entretient le Conseil regional avec le réseau.

Le comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, mandaté en août 1986, a remis son rapport à Madame Lavoie-Roux en mars 1987. Le directeur de la Planification, des systèmes et méthodes était membre de ce comité.

Soulignons également l'apport du directeur aux comités de travail mis sur pied par le Conseil régional et la Conférence des CRSSS dans le cadre de la consultation faite par la Commission Rochon. La Commission Rochon a depuis publié la synthèse de la consultation générale menée au cours du printemps 86, cette synthèse a pour titre «Problématiques et enjeux». Elle a en même temps rendu public «Quelques pistes de réflexions» afin de permettre aux intéressés de suivre les travaux de la Commission. La parution du rapport final est prévue pour l'automne 1987. D'ici là, une consultation sera menée sous la forme de séances de travail avec des organismes panquébécois, auxquels s'associeront des représentants régionaux. Le Conseil régional compte participer à cette consultation et par la suite, aux débats, échanges et mandats de changements que ne manquera pas de susciter le rapport final de cette Commission d'enquête.



Luc Desjardins
Directeur



* Nouvel organigramme qui sera fonctionnel en mai 1987.

LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION

Dans le cadre des projets généraux du Conseil régional, la direction de la Programmation est responsable de la meilleure organisation possible des services de santé et des services sociaux disponibles à la population de la région.

Les programmes de services de santé et de services sociaux sont développés en vue de répondre aux besoins concrets, multiples et croissants des citoyens de tout âge et de toute condition.

Les activités de la direction de la Programmation sont regroupées autour de quatre secteurs: les services de première ligne, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de réadaptation et les services hospitaliers de courte durée.

Ces quatre secteurs travaillent de concert afin de développer des programmes intégrés et de faire annuellement des constats sur l'évolution de la situation des services sociaux et de santé dans la région. Le réseau peut ainsi établir, sur la base de données précises, ses priorités et ses choix.

La préoccupation fondamentale de la direction de la Programmation a été et demeure, pour l'année 87-88, le développement de programmes intégrés pour les populations-cibles les plus vulnérables.

Marcel Villeneuve
Directeur

LE SECTEUR DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

En 1986, le M.S.S.S. a mis en veilleuse l'implantation de nouveaux CLSC dans la région. Du même souffle, les CLSC qui étaient déjà en implantation ont vu leur confirmation retardée indéfiniment. Afin d'orienter les décisions du M.S.S.S., le Conseil régional, se reposant sur d'importants travaux d'analyse et sur les avis des établissements concernés, a fait parvenir à la ministre des recommandations quant à l'avenir du réseau des CLSC dans la région. Ces recommandations perpétuent les positions défendues par le Conseil régional depuis plusieurs années et reflètent le consensus établi par le réseau des services de première ligne dans la région. Elles maintiennent la nécessité de l'existence, dans tous les districts non-pourvus de CLSC, d'un regroupement local des ressources de première ligne dans un lieu distinct et facilement accessible. Il s'agit de quatre hypothèses de solution distinctes, présentées par ordre de priorité:

- La création des dix-huit CLSC manquants.
- La confirmation des neuf CLSC en implantation et le rattachement temporaire (2 ans) des neuf équipes de services de première ligne en fiducie à des CLSC de la région.
- Le rattachement temporaire (2 ans) des neuf équipes de services de première ligne et des neuf CLSC de la région. La création de quelques CLSC additionnels si nécessaire pour jouer le rôle de fiduciaire.
- Le maintien pendant un an de la situation actuelle: le rattachement des neuf équipes des services de première ligne et des neuf CLSC en implantation en fiducie à différents établissements de la région.

À la fin avril, la ministre de la Santé et des Services sociaux s'est prononcée sur le parachèvement du réseau des CLSC, signalant sa volonté de donner prépondérance aux services plutôt qu'aux structures. Par la même occasion, elle demandait aux conseils régionaux de lui soumettre des modalités d'organisation de ces services à la population.

En 1986, le Conseil régional a entrepris de définir une programmation-cadre en santé des jeunes en milieu scolaire, avec l'intention d'offrir, à tous les concernés, un cadre de référence régional, de façon à éviter la multiplication des orientations de services, des manières de prioriser et des méthodes d'intervention. Une vaste consultation a été effectuée auprès des commissions scolaires, des CLSC et d'autres établissements du réseau impliqués dans la distribution de ce type de services.

De plus, le CSSSRMM est intervenu devant la situation potentiellement anarchique en matière de signature de contrat de services entre les commissions scolaires et les CLSC, en ce qui a trait à la distribution de services de santé aux jeunes en milieu scolaire. En effet, compte tenu du nombre de commissions scolaires et du nombre de CLSC, 68 différents contrats de services pouvaient être signés. Le Conseil régional a suscité la négociation d'un contrat-type entre les commissions scolaires et les CLSC.

Le réseau de la santé et des services sociaux a résolu de fournir un effort particulier afin d'accorder aux communautés ethno-culturelles et aux groupes linguistiques une accessibilité aux services qui soit égale à l'accessibilité dont jouissent les groupes majoritaires. Dans le cadre du programme d'accessibilité des CLSC à ces groupes minoritaires, le Conseil régional a défini et implanté en 1986-87, avec l'appui incontestable des CLSC, un système d'échange de ressources pour mieux desservir ces groupes. Ainsi, un CLSC qui ne peut servir adéquatement un bénéficiaire parce qu'il n'a pas, dans son personnel, d'intervenant qui possède une connaissance adéquate de la langue ou des valeurs ethno-culturelles du bénéficiaire, peut s'adresser à un autre CLSC pour obtenir la ressource requise. Une modalité de facturation inter-établissements complète le système. Cette mesure ne peut cependant atteindre sa pleine efficacité que si elle est inscrite dans un ensemble plus large de mesures. Le Conseil régional a préparé un plan d'action orienté vers la participation de groupes minoritaires aux conseils d'administration des CLSC, l'embauche de personnel issu de ces groupes et l'organisation des services.

Dans le cadre d'un programme de soutien aux organismes bénévoles du M.S.S.S., le Conseil régional a distribué, en 1986-87, un budget de 1 515 520 $ en subventions à cent deux organismes bénévoles contribuant au maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie. Comme tous les ans, l'accent a été mis sur le financement d'organismes qui, à l'échelle locale, se préoccupent d'assurer l'émergence d'assistance bénévole et d'entraide communautaire multi-clientèles orientées vers la réinsertion et le maintien dans le milieu naturel de vie. En outre, loin de se limiter à octroyer des subventions, le Conseil régional a continué d'assumer un rôle de soutien pour ces organismes. Dans cette optique, il a acheminé au M.S.S.S. une demande pour accroître l'enveloppe budgétaire totale accordée aux organismes de la région. Convaincu de l'importance des interventions des organismes bénévoles pour le bien-être de la population, le Conseil régional a réclamé que le M.S.S.S. porte le budget de ce programme à 3 612 975 $ en trois ans, soit une augmentation de 138 %. Enfin, il a effectué une révision régionale des orientations, des politiques, des priorités et des pratiques de ce programme afin

d'en identifier les conditions et les instruments de développement. Le Conseil régional aura ainsi contribué à rendre plus visible et plus respectée la contribution des organismes bénévoles.

Programme de maintien à domicile

Le projet d'organisation de services à domicile intensifs et à long terme pour les personnes handicapées physiques a maintenu ses principales activités au cours de l'année 1986-1987 avec la collaboration de l'Office des personnes handicapées du Québec. Actuellement, près de 300 personnes lourdement handicapées sont régulièrement suivies à domicile. Les deux-tiers souffrent d'une déficience à caractère évolutif (sclérose en plaques, ataxies, etc.). Le coût annuel moyen des services se situe à 8 400 $ par personne pour une moyenne de 19,3 heures de service par semaine par individu. Ces moyennes sont de quatre à cinq fois moins élevées qu'en centre d'accueil de réadaptation.

Le financement de ces services est accordé sur la base d'un plan individualisé et lié à la personne handicapée, de telle sorte que le bénéficiaire continuerait de recevoir des services même s'il déménageait de territoire de CLSC dans la région 06-A. Les activités du projet ont cependant connu quelques ralentissements dus au gel des fonds d'aide matérielle de l'O.P.H.Q. décrété par le Conseil du Trésor en septembre 1986. Seuls les cas très urgents ont été admis; des modifications de services pour des personnes déjà admises ont par ailleurs été traitées.

Devant ce gel de fonds, le Conseil régional a pris rapidement partie en alertant le M.S.S.S. sur les conséquences d'une telle situation pour la région dans tous les programmes d'aide, incluant une analyse détaillée par rapport aux services à domicile. Enfin, en février 1987, sur la question spécifique du maintien à domicile des personnes handicapées physiques, le CSSSRMM adressait une demande de développement de près de 4 millions de dollars.

En 1986-1987, le choix du système C.T.M.S.P. comme outil commun d'évaluation en maintien à domicile était entériné par le conseil d'administration du Conseil régional pour la région 06-A. Des sessions de formation visant une meilleure utilisation de cet instrument, se sont déroulées de septembre à décembre 1986, atteignant près de 300 intervenants en maintien à domicile à plein temps ou à temps occasionnel. L'outil s'implante graduellement au rythme des nouvelles évaluations et selon la disponibilité des ressources. À cet effet, le manque de politique claire concernant l'utilisation de cet instrument de la part du M.S.S.S. et la pénurie de ressources en maintien à domicile n'est pas sans ralentir son implantation. Le comité de maintien à domicile a d'ailleurs adopté des recommandations à ce sujet visant à ce que le M.S.S.S. établisse des conditions favorables à l'implantation de cet outil.

Une collaboration entre le service du perfectionnement du CSSSRMM et la coordination régionale du programme de maintien à domicile a permis l'organisation d'un programme de formation pour tous les coordonnateurs de maintien à domicile. Ce programme de vingt-deux jours répartis sur deux ans répond à des besoins de formation identifiés dès le point de départ avec les personnes concernées. Débutant et se terminant par un centre d'évaluation des habiletés, ce programme a touché à plusieurs facettes importantes du rôle de gestionnaire des coordonnateurs. Il a initié également une réflexion de base sur l'approche globale, communautaire et multidisciplinaire en matière de maintien à domicile. Plus de trente coordonnateurs, sur une possibilité de 39, y ont participé, ce qui a eu l'avantage de briser leur isolement professionnel, entraînant ainsi des échanges et des effets de support bénéfiques tant pour les individus que pour les services.

Parmi tous les dossiers concernant la coordination régionale du programme de maintien à domicile, trois priorités ont été retenues et font l'objet de travaux soutenus:

- le comité **clientèles et critères** dont le mandat est de mieux identifier les clientèles cibles et leurs besoins et de préciser opérationnellement les critères d'admissibilité et de priorisation.
- le comité sur l'**organisation des services** dont le mandat est de déterminer l'ensemble des fonctions à remplir par le maintien à domicile dans l'accueil, le cheminement et le traitement d'une demande, ainsi que de définir plus précisément le rôle de chacun des acteurs de l'équipe multidisciplinaire.
- le comité **système d'information** dont le mandat sera de déterminer les besoins d'information pour évaluer, contrôler et développer ce programme.

Soulignons enfin la collaboration de plus en plus active du programme de maintien à domicile avec le secteur des services hospitaliers sur des dossiers importants comme la psychogériatrie à domicile et l'hôpital à domicile.

LE SECTEUR DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

La clientèle des services d'hébergement et de soins de longue durée est constituée d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie. Les établissements desservant principalement cette clientèle (C.A.H., C.H.S.L.D.) offrent une série de programmes: hébergement à long terme ou temporaire, évaluation, réadaptation, services externes en hôpital de jour et en centre de jour.

Les autres catégories d'établissements, CLSC, CSS, C.A.R. et C.H.S.C.D. interviennent également auprès de ces bénéficiaires, en collaboration avec les C.A.H. et C.H.S.L.D. sur les aspects suivants: évaluation, référence, coordination des admissions, suivi de plans de services conjoints, sans oublier les services directs spécialisés.

Le plan d'action 1986-1987 de la commission administrative des services d'hébergement et de soins de longue durée comportait trois grandes priorités. Une série d'actions, dont nous présentons les plus importantes, ont été entreprises concernant chacune d'entre elles:

En ce qui concerne **l'établissement d'une programmation intégrée de services pour favoriser l'autonomie des personnes âgées**, la commission a élaboré et transmis au M.S.S.S. une série de propositions de développement visant à assurer à toute la région une couverture minimale en centres de jour et hôpitaux de jour. Elle a également dressé et diffusé un bilan concernant la situation des unités spécifiques. Par ailleurs, les orientations régionales concernant l'hébergement temporaire ont commencé à être implantées. Enfin, la commission a coordonné par sous-région des services de réadaptation en C.A.H. et C.H.S.L.D.

Dans l'objectif de **favoriser le développement de services et de ressources permettant le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel**, la commission a organisé des rencontres d'information et d'échanges avec des groupes d'intervenants et de personnes âgées dans le but de promouvoir une philosophie de maintien à domicile et l'utilisation des ressources non-institutionnelles. Un inventaire de ressources résidentielles et communautaires hors-réseau couvrant l'ensemble de la région a été produit et diffusé. Enfin, un projet-pilote de réinsertion sociale de bénéficiaires hébergés en C.A.H. a démarré.

En dernier lieu, afin d'**assurer la coordination et l'évaluation des structures d'évaluation et d'admission**, des séances de formation ont été offertes à l'intention de tous les intervenants concernés par l'utilisation de l'instrument C.T.M.S.P., version 85. La commission a par ailleurs procédé à l'audition de tous les établissements ayant présenté une demande d'exemption de l'application des critères d'admission, ainsi qu'à l'envoi en consultation d'une version révisée des critères d'admission en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Par ailleurs, l'évaluation des structures sous-régionales, dont les résultats devraient être disponibles au début de l'année 1987-1988, s'est poursuivie.

Hormis ces dossiers prévus, le Conseil régional a, entre autres, mis en place un comité des cas litigieux inter-secteur. Il a élaboré des recommandations et un plan d'action visant l'accessibilité des C.A.H. et des C.H.S.L.D. aux communautés culturelles. Enfin, il a préparé et transmis au ministère une série de recommandations quant au partage intra-régional d'une enveloppe de développement de 1 745 332 $ accordée à la région. De ce montant, 1 047 199 $ sera consacré à la réadaptation et 698 133 $ aux soins infirmiers et d'assistance.

Perspectives 87-88

Les perspectives 1987-88 s'articulent autour des quatre grandes priorités du Conseil régional.

En termes de programmation intégrée de services, l'accent sera mis sur le développement et le suivi de services répondant à des besoins particuliers de la population, soit les centres de jour, les hôpitaux de jour, les unités spécifiques, la réadaptation, les services sociaux et l'hébergement temporaire.

Quant aux ressources intermédiaires, les efforts du secteur porteront sur la consolidation du réseau actuel de familles d'accueil et de pavillons et sur l'émergence d'un nouveau type de ressources.

L'opération de révision des critères d'admission en C.A.H. et en C.H.S.L.D. devrait être complétée durant 1987-88; quant au processus de modification de structures sous-régionales d'admission, il devrait être entamé, s'il y a lieu, après la réception du document d'évaluation.

Enfin, le secteur des services d'hébergement et de soins de longue durée participera à la production des plans régionaux de services médicaux.

LE SECTEUR DES SERVICES DE RÉADAPTATION

Les activités ont été axées, cette année, sur l'implantation du plan d'aménagement régional ainsi que sur la réintégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle, résidant dans un milieu institutionnel, en C.A.R. ou en C.H.V.P.

En ce qui concerne la consolidation et l'implantation du plan d'aménagement régional, le Conseil régional a participé, de concert avec le CSSMM, à l'implantation de deux projets pilotes «Accueil réseau». Ces projets ont pour objectif de faciliter aux personnes ayant une déficience intellectuelle et aux membres de leurs familles l'accès aux services. De plus, l'Accueil réseau vise à faciliter la coordination des services individuels par le biais de l'élaboration et de la coordination de plans de services individualisés.

Les tables de concertation sous-régionales sont devenues opérationnelles dans les sous-régions ou les DSC suivants: Maisonneuve-Rosemont; Général de Montréal; Verdun; Saint-Luc; Laval; Lakeshore. Les tables de concertation prévues dans les deux autres territoires de DSC, soit Sacré-Coeur et Sainte-Justine, sont en voie d'implantation. Ces tables intersectorielles joueront un rôle important en ce qui a trait à la consultation des intervenants locaux et à l'identification des besoins dans le cadre d'un réseau intégré de services.

Après consultation avec les conseils d'administration des trois CSS et avec les centres d'accueil de réadaptation, le Conseil régional a identifié, comme mécanisme régional, que la création de comités régionaux d'accès faciliterait l'accès aux services, à l'échelle régionale. Le processus d'approbation de ces mécanismes est actuellement en cours.

Les services de première ligne font l'objet d'une étude menée par un comité formé conjointement par la commission des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle et la commission des services de première ligne. Ce comité a pour but de proposer au Conseil régional et aux établissements concernés une définition plus claire du rôle des services de première ligne dans la perspective d'un réseau intégré de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.

Malgré les efforts déployés afin de solutionner la problématique du recrutement, et la stabilité des familles d'accueil pour personnes ayant une déficience intellectuelle, peu de progrès ont été réalisés. Un nombre croissant de personnes sont en attente de ce type de résidence.

Sur le plan de la désinstitutionnalisation et de l'intégration des personnes résidant en milieu institutionnel, en C.A.R. ou en C.H.V.P., le Conseil régional a adopté un guide révisé afin d'aider les établissements dans la planification de la réintégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ce guide contient tous les éléments nécessaires à assurer le succès d'une opération de désinstitutionnalisation et le respect des paramètres mis de l'avant par la déclaration ministérielle au mois de juin dernier à laquelle nous souscrivons entièrement. Le Conseil régional, dans le cadre des comités ministériels créés pour étudier la désinstitutionnalisation, participe aux travaux des trois comités provinciaux: le Comité sur la définition d'un réseau intégré de services, le Comité sur la coordination des services à la personne et à sa famille et le Comité qui étudie les grilles d'évaluation des besoins des individus. De plus, le CSSSRMM a participé avec le Conseil régional de Québec, à une session de formation sur les systèmes P.A.S.S. (programme d'analyse des systèmes de services).

La réintégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle a fait l'objet, au cours de l'année, d'une révision complète et d'une planification détaillée, dans l'ensemble des établissements concernés. Tous les C.A.R., à l'exception d'un seul, ont élaboré une planification triennale afin de prévoir l'évolution future de leurs services. Par ailleurs, un plan quinquennal pour la réintégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle résidant actuellement à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a été proposé aux partenaires du réseau. L'Hôpital Rivière-des-Prairies planifie également, avec le support du CSSSRMM, la réintégration de plus de 250 personnes. L'Hôpital de Montréal pour enfants a pour sa part décidé de procéder à l'intégration sociale des 54 résidents du pavillon Alexandra. De plus, le CSSSRMM a mis de l'avant des propositions concernant le transfert et l'intégration sociale de quelque 50 jeunes adultes résidant actuellement au pavillon Saint-Théophile.

Alcoolisme et autres toxicomanies

L'année 1986-1987 a été, pour la commission en alcoolisme et autres toxicomanies, marquée par le développement de nouveaux services.

Le programme pour femmes itinérantes, développé par le Centre d'accueil Préfontaine dans le cadre du désengorgement des urgences hospitalières a pu, en attendant une localisation définitive, débuter de façon partielle. Au niveau des services communautaires, après un peu plus de six mois de fonctionnement, 186 femmes ont reçu des services sur une base externe. Au niveau des services d'internat, après seulement quatre mois de fonction-

nement d'une installation temporaire comprenant 8 des 18 lits prévus, on a pu procéder à 128 admissions pour fins de dégrisement et d'orientation. Parmi la clientèle admise interrogée, plus de 60 % a fréquenté les urgences hospitalières dans les trois mois précédant l'admission à l'unité des femmes. On peut donc anticiper, dans un contexte de fonctionnement régulier, plus de 800 admissions par année dont plus de 500 auraient une histoire de fréquentation des urgences hospitalières.

Le programme de maintenance à la méthadone a permis la prise en charge, depuis plus de six mois, de 60 bénéficiaires ayant développé une forte dépendance aux narcotiques. Ce programme, animé conjointement par le CLSC Centre-Sud et le C.A.R. Alternatives, sera l'objet de publications scientifiques dès l'automne 1987. La demande pour ce type de services est forte et une liste d'attente de plus de 150 personnes a été constituée. Si l'on considère un taux de roulement anticipé de six personnes par année, la constitution d'une liste d'attente de 150 personnes après six mois de fonctionnement, dans un contexte d'absence complète de publicité, est un phénomène qui mérite une attention sérieuse.

Dans le cadre du programme de gérontoxicomanie, un support financier a pu être accordé au groupe Harmonie, qui opère le seul programme d'aide aux personnes âgées présentant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie dans la province. Le groupe Harmonie, composé majoritairement de bénévoles, a dispensé, au cours de l'année, des services à 67 personnes présentant de sérieux problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. L'âge moyen de ces personnes était de 67,8 ans et la distribution selon le sexe était de 50 hommes et 17 femmes. En plus de supporter financièrement ce programme, grâce à une subvention non récurrente, le Conseil régional a financé une évaluation formative. Les conclusions de cette étude ont consacré la nécessité d'un programme spécialisé pour les personnes âgées. À cet effet, la commission administrative a recommandé la création d'un guide d'intervention, et la direction générale du CLSC Métro, hôte du groupe bénévole Harmonie, a assuré pour l'année qui vient, la survie de ce programme en accordant un financement approprié.

Parmi les différentes études de besoins réalisées, le DSC Saint-Luc a entrepris une revue complète des données existantes et pertinentes à notre région, dont le rapport sera soumis à la commission administrative en avril 1987. Il permettra de mieux définir les objectifs du programme de station de surveillance épidémiologique réclamé par la commission l'an dernier. Par ailleurs, un programme de recherche concernant la distribution géographique des demandes de services dans notre région, subventionné par le CSSSRMM et supervisé par le groupe de recherche appliquée sur les psychotropes, permettra au Conseil régional et aux établissements de considérer, sur une base plus rationnelle, les principes reliés à la localisation des points de service. Également, une étude sur les besoins en famille d'accueil a été menée, conjointement entre les établissements et le Conseil régional, précisant les différents types de familles d'accueil souhaitées et énonçant une position de principe favorable émise par le CSSMM. L'année 1987-1988 devrait permettre l'actualisation de ce dossier. Finalement, une enquête épidémiologique financée par le Centre d'accueil Alternatives a permis de constater que le taux de prévalence des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez la clientèle dite mésadaptée socio-affective, va du double pour les 14-15 ans au triple pour les 17-18 ans lorsqu'on établit une comparaison avec la clientèle du même âge en milieu scolaire. Cette observation a permis la mise sur pied d'un comité conjoint responsable de recommander, à brève échéance, des solutions appropriées afin que le réseau de la mésadaptation sociale puisse offrir un programme spécialisé pour composer avec les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie de sa clientèle. Le réseau des établissements en alcoolisme et autres toxicomanies ne reçoit, sauf de rares exceptions, aucune clientèle adolescente.

Services aux personnes handicapées physiques

Tous les travaux touchant les services aux personnes handicapées physiques tendent vers un même but: assurer à la personne handicapée physique ou sensorielle l'accès à des services complets de réadaptation, selon ses besoins spécifiques. Pour ce faire, une démarche globale de coordination régionale de réadaptation a été entamée.

Certaines étapes importantes ont été franchies: par exemple, le programme-cadre visant la réadaptation et l'intégration sociale des personnes victimes de traumatisme cranio-cérébral a été entériné par le conseil d'administration du Conseil régional; son actualisation est prévue en 1987-1988. Des stratégies d'intervention ont été proposées pour chacune des étapes du processus d'apparition du handicap. Déjà, le M.S.S.S. a autorisé l'ouverture de trente places en externe, disponibles dès avril 1987, pour la réadaptation de cette clientèle.

Également, pour favoriser l'accès aux services dans les établissements dits de réadaptation, une fiche-client a été créée. La compilation des données notées sur cette fiche permettra d'identifier les zones grises dans le processus d'accès aux ser-

vices de réadaptation. Ces renseignements seront colligés pendant une année et les recommandations qui en découleront devraient permettre de parfaire l'accessibilité aux services de réadaptation pour toute personne handicapée.

Une autre étape importante complétée est l'inventaire des services dispensés par les établissements de réadaptation. Cet inventaire, ajouté au recensement des effectifs professionnels et médicaux, permettra une vision globale de l'état des services et, par le fait même, l'identification précise des points faibles dans la programmation régionale des services de réadaptation.

Par ailleurs, certains problèmes particuliers ont reçu une attention spéciale en 1986-1987, en conformité avec les priorités du Conseil régional. Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, principalement celles ayant subi un accident cérébro-vasculaire, sont toujours l'objet d'études spécifiques, de même que les services de réadaptation pour la clientèle atteinte de déficience organique, notamment d'épilepsie. La distribution d'aide technique aux personnes ayant une déficience visuelle est également analysée par un comité ad hoc, dans le but d'en améliorer l'efficacité.

Enfin, le comité ad hoc mis en place pour assurer le suivi des recommandations du rapport sur les ressources intermédiaires poursuit son travail afin de déterminer les ressources qui répondent le mieux aux besoins des personnes handicapées et la capacité du milieu de combler ces besoins avec des ressources autres qu'institutionneiles.

Jeunesse en difficulté

Le CSSSR-IM essaie avant tout de créer un climat de concertation entre les différents intervenants préoccupés par la jeunesse. Il espère ainsi maximiser le réseau de ressources et d'expertises en matière de jeunesse afin que cette population bénéficie des meilleurs services. Il entend également participer à la lecture des changements sociaux qui s'opèrent dans notre communauté, afin de favoriser l'émergence de pratiques sociales renouvelées et mieux adaptées.

À Montréal, les problèmes de la jeunesse sont plus denses, plus concentrés que partout ailleurs au Québec. Les signalements à la D.P.J. sont à la hausse et l'augmentation des abus dont sont victimes les jeunes est alarmante. Tous les intervenants travaillant auprès de la jeunesse sont conscients de la lourdeur croissante des difficultés et de l'apparition de nouveaux problèmes. Ces questions sont à la base des différents travaux que le Conseil régional mène en étroite concertation avec le réseau de la santé et des services sociaux, mais également avec d'autres réseaux, comme celui de l'éducation, de la justice, des milieux communautaires et bénévoles.

Le Conseil régional, sur recommandation de la commission administrative de la mésadaptation sociale, appuie des projets de concertation locale entre les intervenants d'un territoire, qu'ils proviennent d'un CSS, d'un CLSC, d'un C.A.R. ou d'un organisme communautaire, l'objectif visé étant un continuum de services aux jeunes, sans égard aux appartenances institutionnelles et corporatives. La commission travaille dans le sens d'une diminution de la lourdeur inhérente au réseau complexe de la santé et des services sociaux et a l'innovation, l'humanisation et la personnalisation des services rendus aux jeunes dans nos institutions.

La politique régionale d'utilisation des ressources de transition pour les jeunes, mise en place par le Conseil régional, donne des résultats probants. D'une part la liste d'attente des jeunes en besoin de ce type de ressources n'existe pratiquement plus. Il s'agit là d'une amélioration importante si l'on se souvient des centaines d'enfants qui attendaient, les années précédentes, ce type de ressources. De plus, dans une proportion de 50 %, la durée de «transition» tend à se limiter à une période .de 30 jours. Ainsi, les services sont rapidement dispensés, après une évaluation-orientation définissant les besoins des jeunes, quand leur situation n'est pas urgente.

Cette année, la commission administrative de la mésadaptation sociale a entrepris de clarifier l'ensemble des critères d'admission des centres de réadaptation. Elle a mis en place un comité de travail sur l'établissement des plans de services. Elle a également fait un état de la situation de la pratique bénévole dans les centres de réadaptation. Enfin, elle a initié un projet pilote de concertation en milieu scolaire avec l'ensemble des intervenants du territoire de St-Léonard. Des travaux exploratoires ont été entrepris avec la commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies afin d'explorer les moyens d'étendre les services à la population des jeunes des centres de réadaptation aux prises avec ces difficultés.

De plus, le Conseil régional, en concertation avec plusieurs types d'établissements, a développé des projets dans le cadre de l'opération «Liste d'attente – Direction de la protection de la jeunesse» mise de l'avant par le M.S.S.S. Cette opération a pour objet d'éliminer les listes d'attente pour l'évaluation des cas de protection (au-delà de 600 dans notre région) et de favoriser une implication réelle de l'ensemble des ressources en matière de protection de la jeunesse.

LE SECTEUR DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE

Au cours de l'année, les activités du secteur des services hospitaliers ont été centrées sur deux dossiers majeurs pour la région que nous desservons. Le premier concerne la problématique des salles d'urgence et vise l'implantation, en collaboration avec les établissements concernés, des différentes mesures visant à solutionner les problèmes identifiés, tout en assurant un monitoring continu de la situation vécue dans les centres hospitaliers. Ce dossier fait l'objet d'un chapitre thématique dans le présent rapport, sous le titre **Les Urgences**.

Le second dossier s'inscrit dans une volonté de doter la région de Montréal d'un plan de services régional permettant au Conseil régional de mieux coordonner les ressources du territoire et d'offrir des services de meilleure qualité tant sur le plan de l'accessibilité que sur celui de la continuité.

Les plans de services sont des outils essentiels pour guider et éclairer toute décision relative à l'organisation et la réorganisation de services de même qu'à l'allocation ou la réallocation de ressources. Leur objectif est de permettre à l'ensemble des intervenants impliqués d'avoir une compréhension commune de l'approche des services retenus dans notre région, ainsi que des mandats dévolus aux établissements, tout en tenant compte des problématiques régionales et des besoins spécifiques de la clientèle.

Nous avons privilégié, pour l'élaboration de ces plans de services, une approche par problématique, ce qui nous a permis de dégager cinq thèmes prioritaires, sur la base de deux critères (l'importance des problèmes en matière de santé et d'organisation de services; la nécessité et l'urgence d'apporter des solutions viables):

- la distribution des ressources (lits physiques et psychiatriques de soins de courte et longue durée).
- les activités de cardiologie/cardio-vasculaire;
- les activités en néphrologie;
- les activités en obstétrique-gynécologie;
- les activités de transplantation d'organes.

Autour de chacune des priorités identifiées, un comité aviseur, formé de représentants d'organismes, d'établissements et d'experts en la matière, a été mandaté pour présenter à la commission des services hospitaliers de courte durée un exposé complet sur le problème; l'étude devra comprendre les différentes solutions envisagées, avec leurs avantages et leurs inconvénients, des recommandations du comité, des stratégies de changement et un mécanisme d'évaluation des résultats. Ces différents travaux devraient être complétés en juin 1987.

Le secteur de la santé mentale

Le plan d'action 1986-87 de la commission des services de santé mentale se scindait en deux volets principaux. Le premier visait l'organisation d'un réseau intégré de services de santé mentale; le deuxième visait un objectif santé/social davantage axé sur la clientèle, soit l'amélioration de l'état de santé et de la participation sociale. Dans le cadre de ces deux objectifs, plusieurs projets et activités ont été réalisés durant l'année.

La commission des services de santé mentale a poursuivi l'implantation et la coordination d'un réseau intégré de ressources d'hébergement, de réadaptation et de réinsertion dans la communauté pour la clientèle prioritaire des jeunes adultes psychotiques. Toutes les ressources communautaires prévues sont maintenant implantées et fonctionnelles dans les cinq sous-régions. En 1987-88, les efforts porteront sur la consolidation du mécanisme d'entrée, de suivi et de sortie des ressources, sur la formation et l'évaluation et, enfin, sur la préparation d'un plan quinquennal de développement des ressources communautaires dans chaque sous-région.

Nous avons continué de procéder à l'implantation des équipes de santé mentale dans les CLSC; l'implantation de ces équipes dans le secteur du C.H. Louis-H. Lafontaine est pour sa part finalisée. De plus, dans le cadre des mesures d'urgence, quatre autres CLSC ont été dotés d'équipes de santé mentale qui travaillent en collaboration avec les équipes psychiatriques des C.H. de leur secteur.

La révision de la sectorisation s'est poursuivie en 1986-87 et devrait être finalisée au début de l'année 1987-88. Les efforts ont principalement porté sur l'ajustement des secteurs aux territoires de CLSC au-

tant que possible par DSC afin d'établir une base géographique et organisationnelle sur laquelle devra s'élaborer le plan d'organisation régional. Des indicateurs de répartition et d'utilisation des ressources ont été constitués. En 1987-88, la réflexion se poursuivra sur les scénarios de fonctionnement sous-régional et sur l'accessibilité aux services, afin de dégager une orientation et une mise en application. Un effort particulier sera fourni pour la constitution d'un système d'information de gestion.

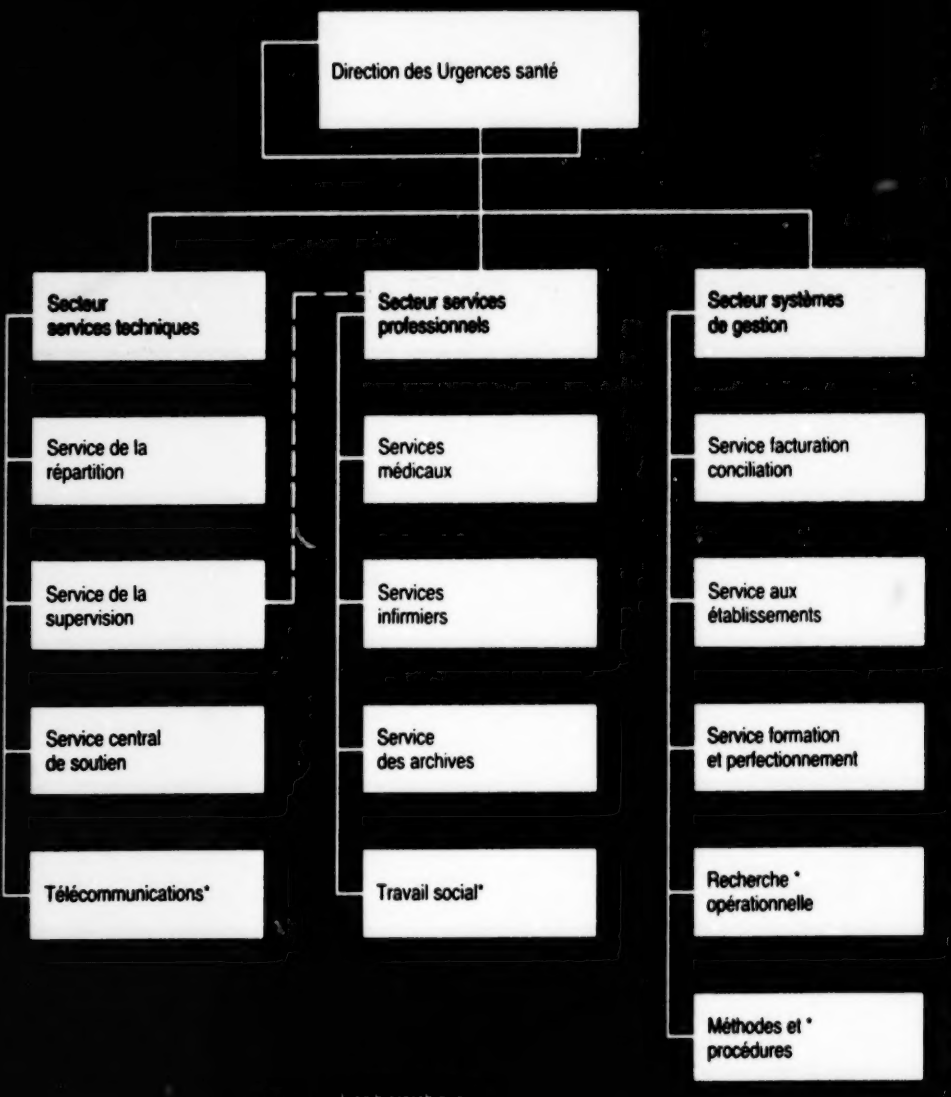
Dans le cadre de l'objectif santé/social, trois projets d'information/promotion en santé mentale ont été réalisés en collaboration avec la direction de l'Information et des relations avec la population: un concours de journalisme dont les gagnants seront annoncés durant la semaine de la santé mentale en mai 1987, un concours de vidéo-clip auprès des jeunes, «Clip et vous», et enfin le parrainage d'un spectacle de mime sur la réinsertion sociale, «Jammée», dont la première a eu lieu le 14 mars dernier.

Enfin, la commission des services de santé mentale a entrepris des travaux conjointement avec les commissions de la mésadaptation sociale et d'hébergement et de soins de longue durée afin de mieux connaître les besoins de consultation de ces clientèles et d'articuler les réseaux de services en conséquence. Ainsi, les services de santé mentale ont collaboré à l'implantation des services de psychogériatrie.

Perspectives 87-88

Beaucoup reste à faire dans le réseau des services de santé mentale, principalement:

- Conception d'un plan d'aménagement régional des services de santé mentale, définissant les niveaux de services par clientèle, les conditions d'accès, la répartition des services sur le territoire.
- Développement et consolidation des ressources de première ligne santé mentale en CLSC et des ressources communautaires dans les cinq sous-régions.
- Définition du programme régional de soins prolongés psychiatriques, d'une politique et d'un mécanisme à ce niveau de soins en milieu hospitalier.
- Collaboration et appui aux plans de désinstitutionnalisation des clientèles de C.H. à vocation psychiatrique dans les sous-régions.



La direction des Urgences santé a pour mission d'agir comme un centre de coordination et de «réponses» aux situations d'urgence pré-hospitalières, de coordination de l'ensemble de l'activité ambulancière et de concertation entre les intervenants pour la promotion du bon fonctionnement des services d'urgence et l'application des politiques d'admission dans les centres hospitaliers de soins de courte durée opérant un service d'urgence dans la région 06-A.

De façon générale, les activités réalisées au cours de l'année s'inscrivaient dans la perspective d'une meilleure assistance aux principales clientèles d'Urgences santé, soit la population de la région de la communauté urbaine de Montréal et Laval et les établissements du réseau. Dans ce cadre, le renouvellement des conventions collectives de notre personnel syndiqué et la consolidation des rapports avec les entreprises ambulancières et leurs employés ont mobilisé des énergies afin d'arriver à des ententes favorables pour toutes les parties contractantes.

De façon spécifique, la direction des Urgences santé a participé à l'élaboration, l'implantation et le suivi des mesures visant un fonctionnement optimal des salles d'urgence, dans le cadre du mandat confié au Conseil régional. Par ailleurs, un meilleur système de répartition des ambulances a permis de mettre fin aux demandes de détournements en tenant compte des périodes d'encombrement temporaire des salles d'urgence ainsi que de la nature de la clientèle desservie.

Une définition plus adéquate du rôle et des responsabilités des infirmières et des médecins de service affectés à la réception des appels du 911 et du 842-4242 pour Laval, a permis d'adopter une approche utilisant à meilleur escient les compétences de ces ressources spécialisées.

LA DIRECTION DES URGENCES SANTÉ

dans des conditions d'exercice propres à Urgences santé. Considérant que 890 appels par jour proviennent de la population, soit 324 925 annuellement, et afin d'assister les infirmières pour un triage de qualité supérieure, un prototype d'enseignement continu est en voie d'élaboration, mettant à contribution l'intelligence artificielle et mariant ainsi l'informatique et la science médicale.

Le traitement de ces appels a aussi entraîné une importante modification du mode de gestion de la flotte ambulancière. Alors qu'auparavant on disposait d'une flotte spécifique pour répondre aux appels de la clientèle institutionnelle, les ressources ambulancières sont maintenant unifiées et affectées sans distinction aux services requis par le public ou les établissements. Ainsi, les 63 786 demandes provenant des établissements pour fins de transport inter-établissements ont accusé une baisse significative dans les délais d'attente. De plus, un projet-pilote aménageant des postes de coordination au Centre hospitalier de Verdun et à l'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis, a largement normalisé la gestion des transports dans ces deux établissements.

Durant l'année, nous prévoyons généraliser l'implantation de ces points de services dans les centres hospitaliers ayant un volume important de transports inter-établissements. Ceci permettrait de réduire les temps d'attente et d'améliorer la performance des ambulances sur le terrain.

Dans la même foulée, un processus d'évaluation plus rigoureux des véhicules et de leur équipement, ainsi qu'une éventuelle politique d'immunisation et de décontamination de ce parc, assureront une protection accrue aux utilisateurs de ces services.

Un programme de formation intensive des techniciens ambulanciers, notamment en conduite préventive d'urgence, en réanimation cardiorespiratoire et d'autres matières médicales, permettra à ces 720 intervenants de première ligne d'améliorer sensiblement leurs connaissances et ainsi, de mieux répondre aux diverses demandes de nos clientèles. À ce jour, 680 techniciens ambulanciers ont déjà bénéficié de divers cours et tous possèdent une carte d'identification qui officialise leur statut.

La direction s'est munie d'un poste de commandement autonome et motorisé qui permet une meilleure coordination des ressources sur le terrain en cas de sinistre, d'événements spéciaux ou d'accident majeur. Diverses interventions dans le milieu ont permis d'assurer la présence d'Urgences santé à quelque 300 événements spéciaux qui se sont déroulés dans la région, tels le Grand Prix de Montréal et le Festival international des feux d'artifices. Enfin, la participation à une simulation de catastrophe dans le métro et l'opérationnalisation d'un plan de désastre pour l'aéroport de Dorval ont complété les activités territoriales.

Au niveau administratif, un système de méthodes et procédures a été implanté afin de rationnaliser certains modes de fonctionnement. Les procédures opérationnelles ont été améliorées avec le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Les programmes de confection des horaires des intervenants internes et externes ont été grandement perfectionnés. Enfin, les modes de facturation aux usagers ont été mieux définis afin de clarifier les états de compte qui parviennent aux bénéficiaires.

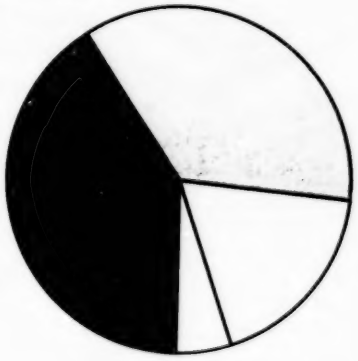
Deux projets de recherche évaluative en réanimation cardiorespiratoire et en traumatologie ont vu le jour en collaboration avec l'Université McGill et trois centres hospitaliers: l'Hôpital Général de Montréal, la Cité de la Santé de Laval et l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Finalement, Urgences santé doit se doter d'un tout nouveau système de radiocommunication assisté par ordinateur qui sera implanté au cours des trois prochaines années.

Bernard Lefebvre
Directeur

Répartition des types d'intervention

Ce tableau illustre le volume d'appels nécessitant l'envoi d'une ressource. 46,6 % du total des appels provenant de la population ont été traités par les services infirmiers soit en référant l'appelant à une autre ressource appropriée ou en offrant des conseils nursing.

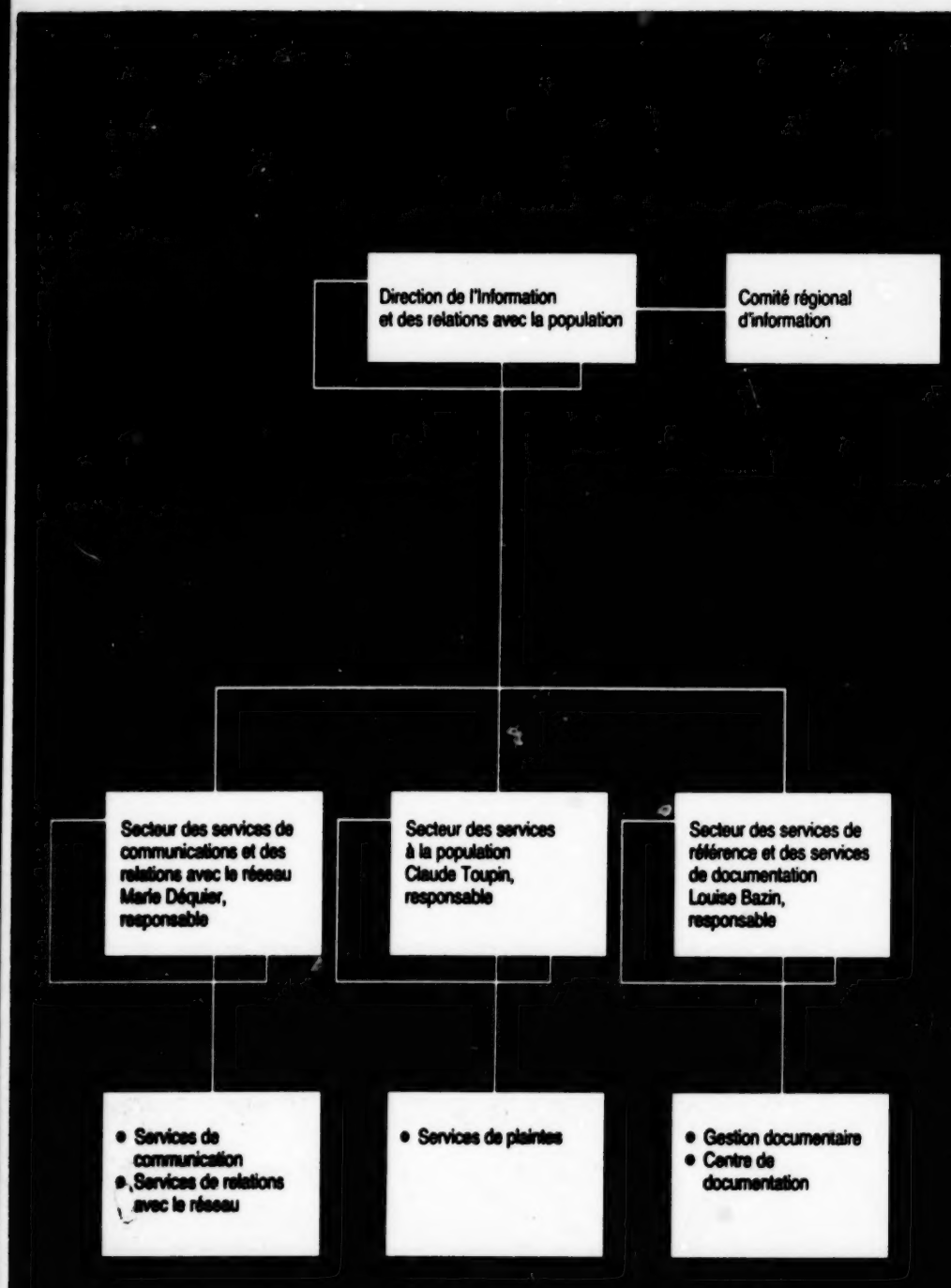


Ambulances 911
72 018
40,7 %

Inter-établissements
63 786
36,0 %

Ressources multiples
32 311
18,2 %

Visites médicales
8 997
5,1 %



La direction de l'information et des relations avec la population se définit comme le lien et l'élément sensibilisateur représentant le bénéficiaire et l'usager des services de santé et des services sociaux auprès du Conseil régional, et comme le «leader» régional dans la mise sur pied d'un véritable réseau de communication réunissant le Conseil régional, le ministère, les établissements et les organismes communautaires et bénévoles.

Les objectifs de la direction durant l'année 1986-87 se résumaient ainsi:

- réorganiser la direction afin d'assurer une plus grande présence;
- être continuellement à l'écoute de la population, de ses besoins et de ses attentes; se sensibiliser aux facettes du réseau et en développer une juste connaissance;
- réaliser un réseau régional de communication impliquant les établissements et le CSSSRMM dans un même but de sensibilisation, d'information, d'échange, de complémentarité et de partenariat;
- sensibiliser au dossier de la condition féminine et de ses implications.

Pour répondre à ces objectifs, malgré des moyens réduits, la direction a mis l'accent sur la présence et la disponibilité, se préoccupant d'informer, de renseigner, d'écouter et de transmettre les messages.

La direction a tenu trente-quatre rencontres d'information sur le réseau, ses composantes, facettes et services, avec des groupes communautaires, d'étudiants, d'usagers, d'intervenants du réseau. Elle a par ailleurs répondu à un peu plus de 250 demandes d'information spécifiques de la presse parlée et écrite, sous forme d'entrevues, de reportages, d'appels documentés, de recherches. Les principaux sujets touchent l'hébergement des personnes âgées, le maintien et les soins à

LA DIRECTION DE L'INFORMATION ET DES RELATIONS AVEC LA POPULATION

domicile, Urgences santé, la santé mentale, la réadaptation, sans oublier les droits des bénéficiaires, l'humanisation et la qualité des services.

Le Conseil régional a donné huit conférences de presse, couvrant des sujets d'information jugés prioritaires tels que les mesures d'urgence dans les hôpitaux, le maintien à domicile, les conditions de vie des personnes âgées hébergées, la désinstitutionnalisation, les centres de crise, les ressources communautaires, les services de première ligne et les CLSC, ainsi que certains autres sujets d'actualité tels que l'accessibilité au réseau et les particularités linguistiques de la région, et à controverse tels que les conflits des ambulanciers et des répartiteurs d'Urgences santé.

La personne âgée est demeurée une préoccupation importante au niveau de l'information; le programme de sensibilisation à la qualité de vie et au maintien dans son milieu pour la personne âgée a été maintenu, suscitant 96 rencontres, forums et ateliers, et réunissant au-delà de 3 600 personnes. La direction a également tenu à être présente au Salon international des Aînés, qui se tenait en juin 1986 et permettait un échange avec plus de huit cents personnes âgées. Enfin, soulignons la publication d'un bottin identifiant les ressources résidentielles et communautaires privées pour les personnes âgées, par sous-région de DSC. La direction a répondu à plus de 17 000 demandes d'information touchant divers aspects de la santé et des services sociaux, provenant de la population.

La direction a participé aux activités de sensibilisation à la problématique de la santé mentale, de concert avec les services de santé mentale de la direction de la Programmation; ainsi, elle collaborait au lancement du concours Vidéo-clip, qui fait participer les étudiants des CEGEP de la région à une vaste campagne de sensibilisation au mieux-être des jeunes du Québec; elle participait également au soutien organisationnel d'un spectacle de mime, «Jammée», traitant des thèmes de la santé mentale, de la réinsertion sociale et de la désinstitutionnalisation.

Répondant à l'objectif d'implantation d'un réseau de communication, le comité régional de l'information et des communications a tenté d'actualiser le plan d'action du CSSSRMM pour la mise en place d'un réseau régional de communication, et a axé ses travaux autour de sept priorités: le journal, pour lequel trois objectifs ont été fixés soit la réalisation du prototype, l'élaboration de la politique éditoriale et le guide de production; la co-production de travaux audio-visuels et autres avec des établissements du réseau; la mise sur pied d'un réseau régional d'échange en documentation et d'une structure sous-régionale permanente, représentative de la dynamique régionale en matière de communication. Sont également prévues l'organisation, en septembre 1987, d'une journée-colloque composée d'une série d'ateliers répondant aux besoins des intervenants du réseau impliqués dans le champ des communications; la possibilité d'achats en commun dans le secteur de l'information et des communications, par l'intermédiaire d'un comité d'utilisateurs intégré au service de ressources partagées du CSSSRMM; et la définition d'orientations stratégiques nécessaires à l'implantation d'un service télématique régional, adapté aux besoins des secteurs de l'information et de l'informatique. Ces activités ont réuni, autour de l'équipe du Conseil régional, une trentaine de personnes qui, au sein de comités et d'ateliers, ont travaillé d'arrache-pied à la réalisation de ce réseau, unissant dans la même préoccupation d'information, les intervenants, les directions et la population.

Un dossier important, qui mobilise des énergies tout au cours de l'année, est celui des élections. La direction a supervisé et participé aux élections des conseils d'administration de 147 établissements, comblant quelque 819 postes dans la région 06-A. Sept CLSC n'ayant pas reçu leur permis n'ont pas eu d'élection et ont conservé leurs membres provisoires.

La direction continue d'offrir aux comités de bénéficiaires ou aux directions générales qui en font la demande, un appui au niveau de la formation ou du fonctionnement de ces comités. Cet appui peut se traduire par des rencontres, des conseils téléphoniques ou par l'envoi de documentation pertinente. La direction a également établi des liens plus directs avec le Comité provincial des malades en vue de favoriser une meilleure collaboration face à certaines difficultés rencontrées par les bénéficiaires.

Louise Caron-Gareau
Directrice

Répartition des postes ou collèges électoraux

Conseil consultatif du personnel clinique (C.C.P.C.)	147
Personnel non clinique	147
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	86
Internes et résidents	22
Centres de services sociaux	51
Centres hospitaliers	32
Centres d'accueil	3
Centres locaux de services communautaires	8
Universités	29
Socio-économiques	294
Total	**819**

Le service des relations avec le réseau a entrepris au cours des derniers mois une mise à jour des contrats de services professionnels déposés par les établissements. Le fichier des contrats a été informatisé afin de répondre plus efficacement aux besoins des services du Conseil régional. Depuis quelques mois, des démarches plus spécifiques ont été entreprises auprès de tous les C.A. de la région afin d'évaluer les contrats de pharmacie, conformément aux directives du M.S.S.S. Ces étapes d'analyse des contrats se poursuivront au cours des prochains mois.

En coordination avec le processus électoral de 1987, la direction de l'Information et des relations avec la population a encouragé les organismes bénévoles et d'entraide à se faire reconnaître par le Conseil régional pour fin d'élection au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux. Les demandes d'accréditation reçues proviennent essentiellement de groupes d'entraide, de maintien à domicile ou de réinsertion sociale. Les clientèles visées sont les personnes démunies soit pour des raisons d'âge, d'isolement, de problèmes physiques ou mentaux. Certains organismes visent plus précisément une clientèle ethnique et immigrante. Dans ce sens, l'action bénévole semble rejoindre les problématiques de l'heure. Un total de 312 organismes sont accrédités par le Conseil régional, permettant le développement de liens soit pour fin de nominations au sein de conseils d'administration ou de commissions administratives, soit pour consultation afin d'avoir une meilleure connaissance de la clientèle. Une réflexion, conjointement menée par les organismes et le Conseil régional, a permis de clarifier le rôle de chacun et l'interrelation désirée.

Le comité régional d'humanisation des soins a organisé le 6 octobre 1986 un colloque «Travailler en périnatalité... un défi», auquel ont participé quelque 315 personnes parmi lesquelles des infirmières de santé communautaire et du milieu hospitalier, des sages-femmes et quelques médecins généralistes. Par ailleurs, le document «Controverses obstétricales et les soins maternels», version française (1986) du document original du Dr Michael Klein et collaborateurs, «Controversies in obstetrical management and maternal care», a été publié et diffusé au printemps 1987.

La direction de l'Information et des relations avec la population a institué un comité aviseur auprès de la coordonnatrice du dossier «Conditions de vie des femmes» afin de faciliter l'intégration des problématiques identifiées aux orientations générales du Conseil régional. Dans le cadre de ce dossier, un colloque a été organisé en mai 1986 à l'intention des intervenants en planning-sexualité. Par ailleurs, un inventaire des besoins des bénéficiaires ainsi que des ressources, des programmes et des intervenants devrait être réalisé, ce qui nous permettrait de juger de la nécessité d'établir des mécanismes permanents de concertation et des ententes de complémentarité des ressources. Enfin, en ce qui a trait au dossier «Violence», dont l'objectif est d'assurer aux femmes victimes de violence et d'agression à caractère sexuel des services adéquats sur les plans qualitatif et quantitatif, la direction dressera un état de la situation afin de proposer un réseau intégré de services ainsi qu'un programme de formation planifié.

Toutes les actions de communication, d'information, de relations avec le réseau, de recherche, pour l'ensemble du Conseil régional, sont soutenues par le travail du service de référence et de documentation.

Dans le cadre du programme de gestion documentaire, le service traite actuellement 9 150 dossiers actifs nécessitant des mises à jour hebdomadaires, et a rédigé une politique de transfert des dossiers semi-actifs. Par ailleurs, il a réalisé un dictionnaire de 3 370 termes normalisés (descripteurs) décrivant les dossiers et volumes du Conseil régional. Quant au centre de documentation, sa collection, composée principalement de documents sur la gestion et l'administration de services de santé et de services sociaux, compte actuellement quelque 4 000 documents. L'accent est mis sur la recherche, la consultation et la circulation de l'information pour le personnel du Conseil régional, les étudiants universitaires et les chercheurs du réseau et des organismes communautaires.

DOSSIER DES PLAINTES

En fonction de l'article 18c) de la loi, un conseil régional a le mandat de recevoir et d'entendre les plaintes des usagers des services dispensés par le réseau. La direction de l'Information et des relations avec la population répond à ce mandat par le biais du dossier des plaintes. Celui-ci a analysé 1 602 dossiers de plaintes au cours de l'année 1986-87.

Un volume important de plaintes est directement traité par les instances prévues à cet effet dans chaque établissement du réseau. Le service tient d'ailleurs à souligner la précieuse collaboration des porte-parole des malades ou des conseillers aux plaintes rattachés à une dizaine d'établissements de la région.

Accessibilité et continuité de services

Un peu plus de la moitié des plaintes fondées portent sur des problèmes d'accessibilité et de continuité des services. Ce sont surtout les personnes âgées en attente d'hébergement et les personnes ayant besoin de services psychiatriques qui sont victimes de longues attentes ou de refus de services. Ainsi, plusieurs bénéficiaires en attente d'hébergement se voient refuser catégoriquement l'orientation demandée uniquement pour des raisons de sectorisation. Pourtant, l'analyse démontre qu'en général, la personne âgée établit clairement son choix en fonction d'un environnement significatif pour elle. Une réévaluation de dossier peut entraîner, au sein du système d'admission, des délais de plusieurs mois, et l'on doit se demander qui se préoccupe du bien-être du bénéficiaire concerné. Le système est parfois géré avec une rigidité telle que le bénéficiaire se trouve laissé pour compte.

L'analyse de l'ensemble des plaintes portant sur l'accès aux ressources d'hébergement nous aura permis d'identifier trois sources de difficultés:

- l'application de la politique de sectorisation – son application va parfois à l'encontre des objectifs qu'elle visait;
- l'animation du système d'admission – l'on peut certes améliorer le système dans son aspect conceptuel, facilitant ainsi sa mise en application; il n'en demeure pas moins que les animateurs demeurent la pierre angulaire en ce qui a trait à l'évaluation et à l'orientation des cas;
- la pénurie de ressources – le contexte difficile d'une pénurie de ressources engendre un climat où les énergies professionnelles sont souvent orientées vers l'élimination de la clientèle plutôt que vers la recherche de moyens pour la satisfaire.

La personne âgée se voit souvent pénalisée par l'engorgement des salles d'urgence. Lorsqu'elle arrive au service d'urgence, on la considère comme un cas chronique et l'on s'empresse de la remettre entre les mains de quelqu'un d'autre, si ce n'est à elle-même, après l'avoir «stabilisée». Derrière ce vieux réflexe de «régler rapidement le cas» de la personne âgée dans les urgences se cache souvent la peur d'avoir à héberger à long terme ces personnes pendant la période de l'évaluation et de l'attente de placement permanent. Ainsi, malgré la panoplie de mesures mises en place pour régler les problèmes des salles d'urgence, le service à la population reçoit encore des plaintes de personnes âgées que l'on a retournées chez elles sans même s'assurer qu'elles étaient suffisamment rétablies, si bien que les familles ou les intervenants de première ligne ont dû les ramener à l'urgence le lendemain.

En psychiatrie, le système de la sectorisation, mécanisme dont l'objectif de départ était d'accroître l'accessibilité aux services psychiatriques, est régulièrement et constamment utilisé pour restreindre l'accès. Plusieurs plaintes touchent également le «retour à domicile» de personnes ayant été hébergées en psychiatrie, sans l'encadrement, les ressources et le suivi adéquats. Les conséquences auront été sérieuses pour certaines d'entre elles. Le service est en mesure de constater la nécessité d'un système d'admission régional en psychiatrie. Ce système permettrait la jonction entre les services de première, deuxième et troisième ligne. Une telle coordination régionale permettrait la concertation des énergies et une meilleure prise en charge des bénéficiaires. Elle permettrait aussi le développement intégré des ressources et des programmes spécialisés nécessaires.

Nombre de dossiers de plaintes traitées au cours des deux dernières années par le service à la population

Types de plaintes	1985-1986	1986-1987
Réseau	965	1 085
Urgences santé	543	517
Total	**1 508**	**1 602**

De sérieux problèmes d'accessibilité en pédopsychiatrie ont suscité de nombreuses plaintes:

- un déséquilibre sévère de pédopsychiatres et une insuffisance budgétaires pour la mise sur pied d'équipes de soutien;
- un déséquilibre assez considérable dans certains secteurs entre les ressources disponibles et les territoires à desservir;
- des difficultés de coordination et de collaboration des ressources du réseau, eu égard à des problèmes sévères et urgents nécessitant des réponses rapides et adaptées à la situation;
- une certaine rigidité dans le réseau relativement à la compréhension et à la mise en application de la politique de sectorisation versus les droits des bénéficiaires au choix de leurs ressources.

L'équilibre ressources-population fait l'objet actuellement d'une étude approfondie du réseau et les orientations mises de l'avant tentent de répondre aux lacunes identifiées.

Un secteur problématique nouveau, celui de la déficience intellectuelle, a été porté à notre attention: Il s'agit d'un manque de ressources pour les personnes jugées aptes à vivre dans un milieu naturel; divers volets du problème ont été identifiés:

- difficulté à recruter des familles d'accueil;
- qualité inégale de familles d'accueil;
- pénurie de praticiens;
- difficulté dans l'actualisation des mesures d'intégration sociale.

Les demandes concernant les CLSC et les équipes de première ligne permettent d'identifier quatre secteurs d'activités qui ont fait plus particulièrement l'objet de plaintes; il s'agit des services de maintien à domicile pour les personnes âgées, des services aux familles en difficulté, des rencontres prénatales et de l'accessibilité aux services médicaux et de laboratoire. Après analyse, trois questions fondamentales se posent en matière de maintien à domicile: quels sont les services devant être assurés par les équipes de première ligne? À qui ces services doivent-ils être assurés? Et quels sont les critères d'accessibilité aux services? De plus, d'après les données recueillies au cours du traitement de ces plaintes, il ressort assez clairement que les conditions d'accueil actuelles sont souvent déficientes. Il y a effectivement des lacunes au niveau de l'évaluation des demandes de la population, ayant comme résultat des orientations inappropriées ou, parfois, des refus de services. Dans de nombreux cas, la direction a dû pallier à la situation en orientant les usagers vers les bonnes ressources ou en entrant directement en contact avec le professionnel afin de faciliter l'accès aux usagers.

Qualité des relations humaines et communication

Le deuxième objet de plainte le plus fréquent porte sur la qualité des relations humaines et des communications avec le bénéficiaire ou sa famille. Que ce soit dans le cadre d'une demande d'hébergement, de soins psychiatriques, de soins aigus ou de services sociaux, 20% des bénéficiaires ou leur famille ont dû faire face à des difficultés de communication. Les uns et les autres ne réussissent pas à obtenir les informations pertinentes concernant leur état et les interventions proposées ou effectuées.

Même lorsque les établissements ont adopté une orientation d'intervention favorisant l'humanisation des soins, un écart flagrant subsiste trop souvent entre cette théorie et son application. Dans le quotidien, les professionnels et l'administration tendent, en situation difficile, à se retrancher derrière les politiques et structures. Ainsi, en hébergement par exemple, lorsque le professionnel ou la direction est aux prises avec un bénéficiaire et une famille qui ont des problèmes d'adaptation, ou qui se trouvent dans un contexte conflictuel, il semble manquer d'aptitude pour venir en aide à ces derniers et désamorcer la crise. Certains professionnels vont jusqu'à alimenter inconsciemment la source du conflit.

Qualité des services dispensés

La qualité des soins techniques et scientifiques dispensés aux bénéficiaires représente, quant à elle, 13% des plaintes reçues. Celles-ci visent toutes les catégories: les soins médicaux, infirmiers, sociaux et para-professionnels. Toutefois, ce sont les préposés aux bénéficiaires qui reçoivent le plus souvent des reproches. Il est regrettable que la catégorie de personnel ayant des contacts les plus directs et assidus avec le bénéficiaire soit celle qui semble posséder la formation la moins adéquate. Les critères de sélection pour le recrutement de personnel semblent très larges et la formation en cours d'emploi n'est pas favorisée.

Signalons également les situations contradictoires créées par l'écart existant entre les conditions de travail du personnel et les exigences des bénéficiaires: ainsi, les horaires de travail exigent parfois de servir le repas du soir à 16 h et de coucher les bénéficiaires à 18 h.

Autres plaintes

Quant aux plaintes qui touchent la qualité du milieu de vie, elles concernent principalement l'environnement, la communication entre l'administration et le bénéficiaire ou sa famille, le manque de surveillance, les activités et les objets personnels.

Les plaintes relatives aux questions financières sont reliées le plus souvent à la gestion des allocations des bénéficiaires, aux services assurés, à l'hébergement temporaire et aux transports ambulanciers.

Un nombre croissant d'établissements d'hébergement ne respecte pas la circulaire du ministère en ce qui concerne les services assurés tel les produits d'hygiène, les jus, le lavage des vêtements personnels, mais facturent plutôt ces services aux bénéficiaires.

Les plaintes vis-à-vis des services d'Urgences santé révèlent des lacunes semblables à celles de l'ensemble du réseau. Ainsi, les bénéficiaires trouvent les attitudes et comportements de certains médecins et techniciens ambulanciers sur la route inadéquats – rudesse, manque d'écoute et de professionnalisme.

Les attentes reliées aux services de transports inter-établissements sont encore source de difficultés.

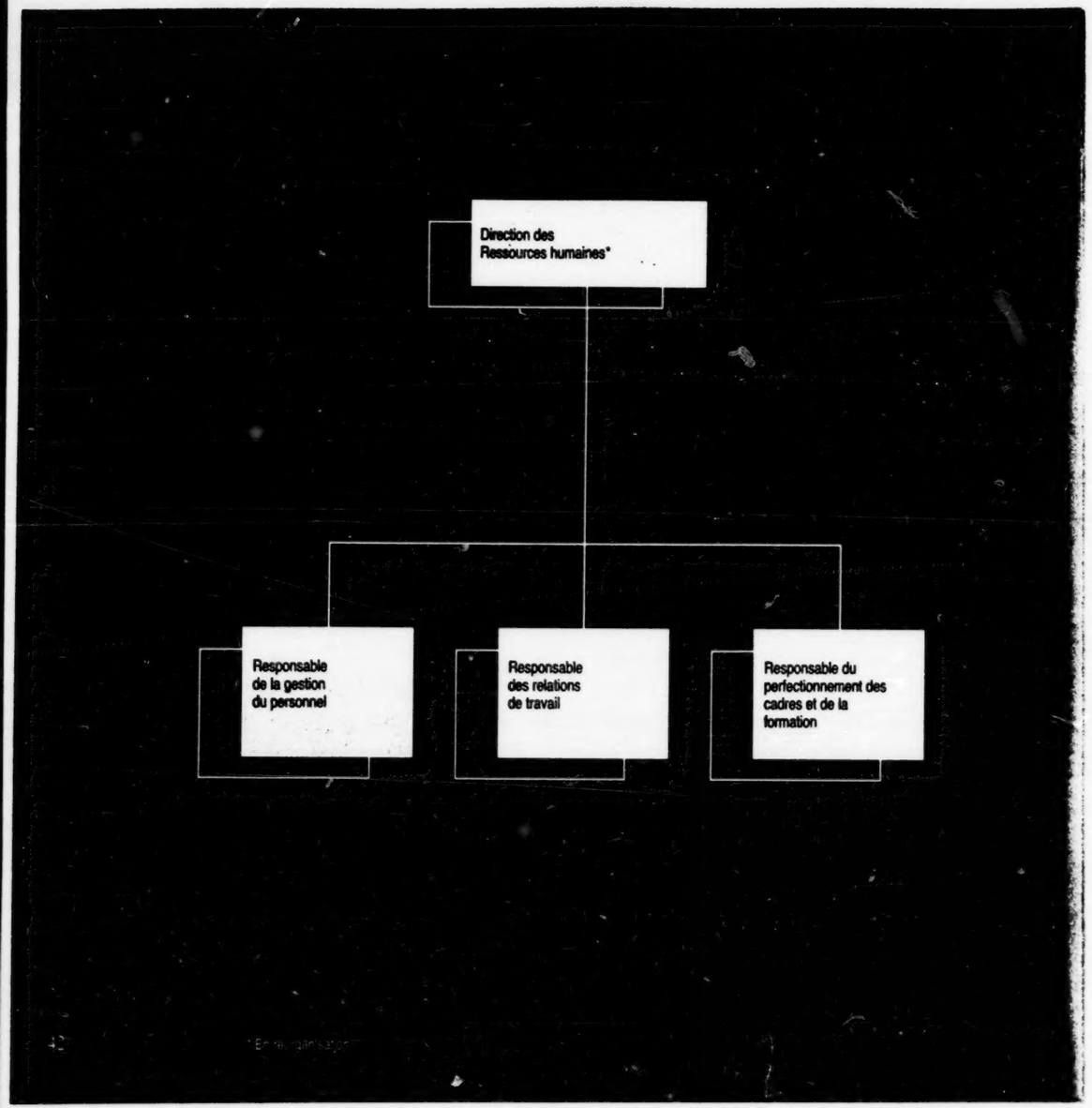
Il nous apparaît plus difficile d'interpréter l'analyse des plaintes reçues compte tenu des conflits de travail et des perturbations vécues au cours de l'année. Nous croyons cependant que la précision de politiques et procédures par la direction des Urgences santé pourrait contribuer à clarifier certaines situations ambiguës et à améliorer les services.

Les plaintes analysées fondées en 1986-87

Accessibilité et continuité de services	51 %
Qualité des relations humaines et communication	20 %
Qualité des services dispensés	13 %
Qualité du milieu de vie et des ressources matérielles	10 %
Aspect financier	4 %
Autres droits des bénéficiaires	2 %

Répartition des plaintes d'Urgences santé

Services sur la route – ambulanciers et médecins	66 %
Service inter-établissements	22 %
Répartition	6 %
Prise d'appels	5 %
Compagnies d'ambulances	1 %



LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

La direction des Ressources humaines a été créée à l'automne 1986 pour remplacer le service du Personnel dont les principales activités se concentraient autour du recrutement, de la sélection, du perfectionnement et du bien-être des ressources humaines. Son directeur est entré en fonction le 8 décembre 86.

La direction des Ressources humaines a comme mission principale l'acquisition, le développement et la conservation des ressources humaines, ce, dans un climat de collaboration, de support et de relations de travail harmonieuses. Cette mission s'inscrit dans les objectifs généraux du Conseil régional, soit d'assurer un service maximal et de qualité à la population et aux établissements, en comptant sur un personnel compétent, efficace et fier de son appartenance.

Poursuivant ces objectifs d'amélioration de l'efficacité organisationnelle et de croissance personnelle, la direction des Ressources humaines doit veiller à la gestion efficace d'un personnel compose de 499 employés actifs du Conseil régional, soit 310 femmes et 189 hommes. Ces postes sont distribués entre les différentes directions comme suit:

Direction générale	6
Ressources humaines	8
Information	28
Programmation	48
Services administratifs	93
Urgences santé	284
Planification	32
	499

Relations de travail

En août 1986, le personnel clérical d'Urgences santé a obtenu une nouvelle accréditation.

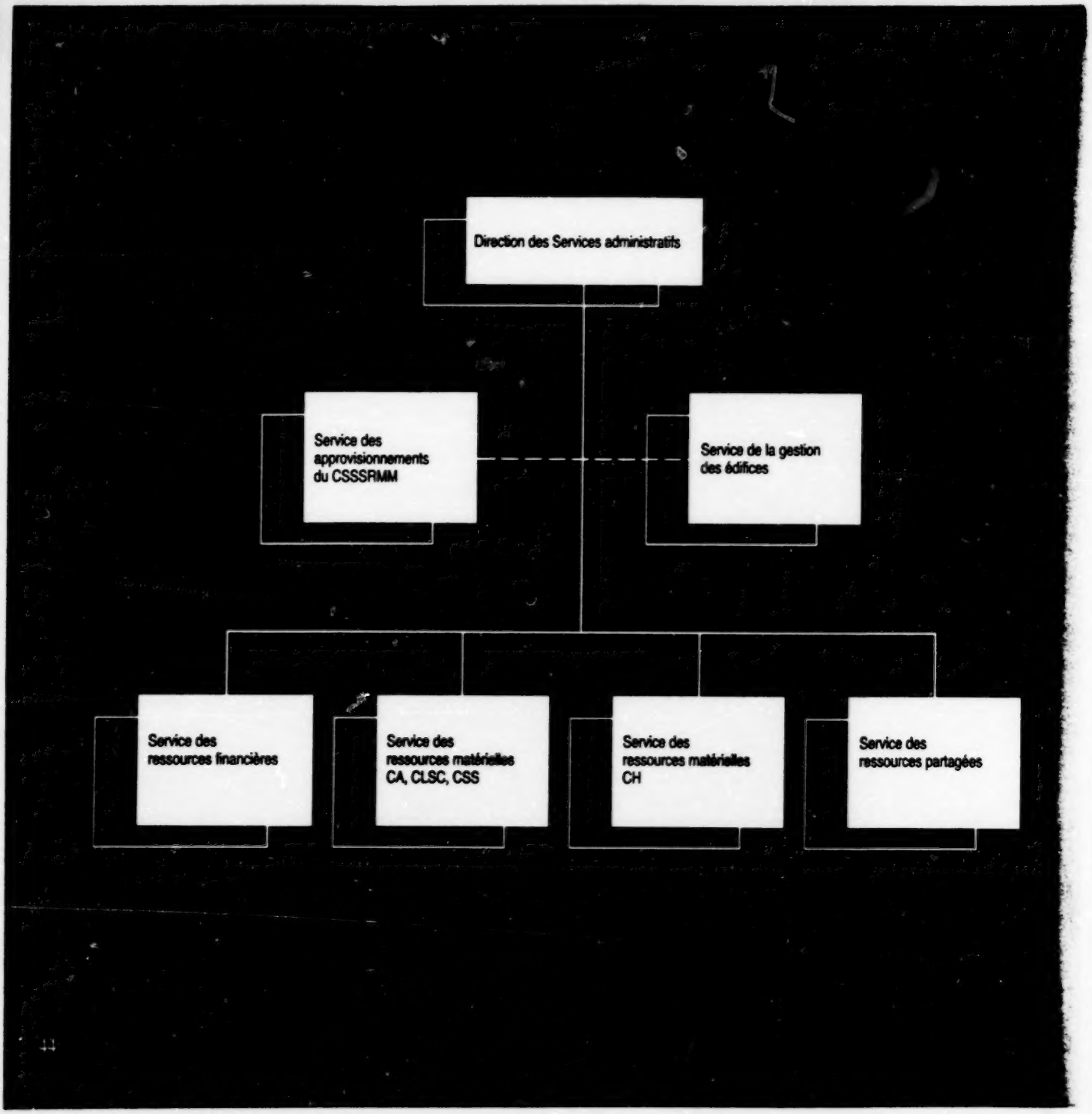
Les négociations avec les groupes de la C.S.N. représentant les répartiteurs, les messagers et les employés de bureau, et avec le groupe de la F.Q.I.I. pour les infirmières, ont été particulièrement intenses durant la période de septembre 86 à mars 87 et ont conduit à des ententes de principes et des règlements.

Perspectives 87-88

L'année 87-88 sera particulièrement marquée par l'implantation de la direction autour des quatre secteurs d'activités suivants.

- **la dotation:**
  mise en place d'un plan de classification incluant l'ensemble des descriptions de fonctions et des méthodes d'acquisition de ressources humaines et d'attribution de postes.
- **les relations de travail:**
  maintien des acquis tout en favorisant de nouveaux consensus.
- **santé et sécurité** (sur le plan local):
  développer davantage les activités touchant les aspects tant curatif que préventif en matière de santé et sécurité. Maximiser également les possibilités de prise en charge de sa santé et de son environnement compte tenu des limites dans lesquelles nous évoluons.
- **perfectionnement des cadres:**
  à compter du 1er avril 1987, le service du perfectionnement a été officiellement rattaché à la direction des Ressources humaines. Les activités du service seront particulièrement marquées par l'ajustement des programmes de formation reflétant les résultats de l'étude des besoins en perfectionnement des cadres effectuée au cours de la période 1986-87.

Gilles Forcier
Directeur


Direction des Services administratifs
Service des approvisionnements du CSSSRMM
Service de la gestion des édifices
Service des ressources financières
Service des ressources matérielles CA, CLSC, CSS
Service des ressources matérielles CH
Service des ressources partagées

LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

La direction des Services administratifs gère des activités dans deux domaines bien distincts: l'organisation des ressources matérielles et financières du Conseil régional comme entité corporative, et l'organisation de certaines ressources humaines, matérielles et financières du réseau des services de santé et de services sociaux offerts à la population de Montréal métropolitain. Les services que cette direction doit donc mettre sur pied concernent à la fois les activités internes du Conseil régional et les activités externes, soit celles qui touchent l'organisation des ressources du réseau.

Les perspectives 1986-87 envisagées dans notre dernier rapport annuel constituent la toile de fonds des activités réalisées au cours de l'année.

Sur le plan du perfectionnement, nous avons effectué une révision en profondeur des besoins des cadres du réseau. Cette étude nous a incités à accentuer nos interventions auprès des diverses clientèles du réseau. Des colloques, des cours et des sessions de perfectionnement sur des thèmes touchant prioritairement les services à la clientèle, ont réuni 609 administrateurs et directeurs, 1 441 cadres supérieurs et intermédiaires, 50 bénévoles en établissement et 257 organismes bénévoles. Enfin, le programme d'appui aux cadres mis en disponibilité a reçu beaucoup d'encouragement de la part des individus concernés et du M.S.S.S.

Concernant la gestion des ressources matérielles en C.H., en C.A., dans les CSS et dans les CLSC, nous avons connu, au cours de l'année, une provenance de fonds tout à fait nouvelle pour le financement des projets d'immobilisations. Les projets ne sont plus financés par les revenus de chambres mais par des emprunts bancaires. Après plusieurs discussions, le ministère acceptait d'ajuster à la hausse notre marge de crédit pour pallier à l'indexation des dépenses et à l'absence de revenus dans certains établissements. Des orientations plus précises ont été prises pour certains développements technologiques, notamment pour la lithotritie, la radiothérapie et la résonance magnétique nucléaire. Des efforts significatifs sont actuellement fournis afin de simplifier les procédures et familiariser davantage le réseau avec les règlements de construction découlant des diverses lois.

En ce qui a trait aux services partagés, l'approvisionnement en commun a négocié des contrats pour l'année 1986-87 de l'ordre de 65 224 534 $ pour les fournitures et services, 44 531 526 $ pour les produits pharmaceutiques (région 06-A et hors-région) et 22 219 243 $ pour l'alimentation. L'approvisionnement en commun présents par ailleurs un développement nouveau. Les autorités décisionnelles du Conseil régional et du ministère appuient certaines orientations nouvelles, de telle sorte que nous entrevoyons, pour l'année 1987-1988, quelques changements importants dans ce secteur. Il est notamment question de gestion des stocks, de système de communication électronique avec le réseau et d'un système modifié pour la distribution des produits.

Le service régional de buanderie a reçu un faible volume additionnel en 1986-1987. Nous négocions actuellement avec plusieurs clients potentiels certaines adhésions imminentes. Le système offre un coût contrôlé du traitement du linge alors que des efforts constants doivent être faits pour rationaliser l'utilisation de la lingerie.

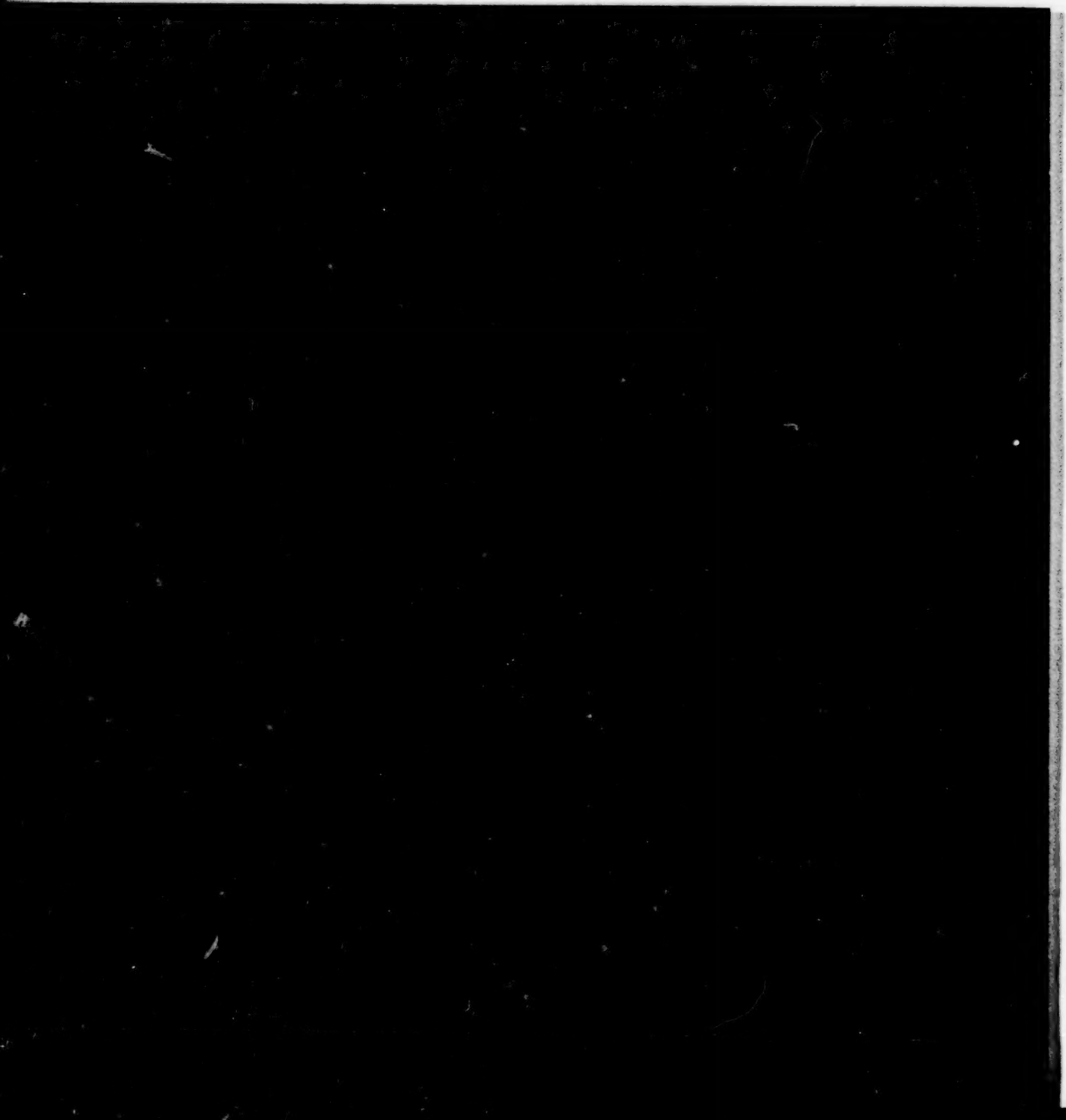
Le service des ressources financières est à la recherche du système comptable informatisé le plus susceptible d'exécuter certaines fonctions de façon plus expéditive tout en demeurant très adéquat. L'évaluation des systèmes doit être effectuée en collaboration avec le service informatique du Conseil régional.

Robert S. Lariviere
Directeur

Immobilisations

Ce tableau fait état des sommes d'argent octroyées par le M.S.S.S. pour l'ensemble des remplacements d'équipements et des rénovations majeures de moins d'un million de dollars pour la région 06-A. L'on note une subvention particulière de 1 369 000 $ pour des projets de haute technologie reliés à la radiothérapie et à la tomodensitométrie.

	Nombre de projets retenus	Subventions
CENTRES HOSPITALIERS projets de moins de 1 000 000 $		
Secteur construction		
Vétusté/sécurité	78	3 416 719 $
Réaménagement	33	2 032 414
	111	5 449 133 $
Secteur équipement		
Remplacement	100	4 833 921 $
Développement	45	1 992 093
Spéciaux (M.S.S.S.)	4	1 369 000
	149	8 195 014 $
Total centres hospitaliers	**260**	**13 644 147 $**
C.A., CLSC, CSS Mandat 250 000 $ et moins		
Rénovation/construction	99	4 592 000 $
Mandat des locations d'espaces	225	11 112 900
Mandat d'équipement	113	3 000 000
Total C.A., CLSC, CSS	**437**	**18 704 900 $**



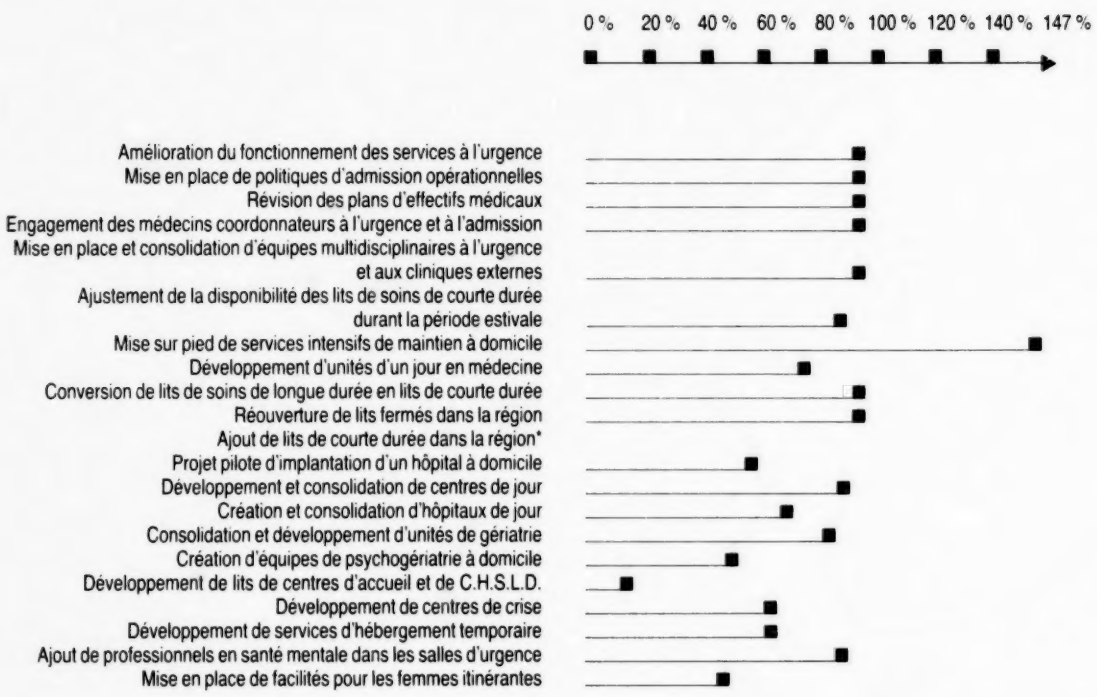
III.

DOSSIER THÉMATIQUE: LES URGENCES

Le dossier thématique est réservé à la question des urgences qui a été au centre des préoccupations du Conseil régional durant l'année écoulée. En effet, l'implantation et l'application des mesures pour solutionner le problème des urgences à Montréal ont nécessité les efforts concertés de toutes les directions du CSSSRMM. Cependant, nous tenons à souligner l'implication particulière de la direction de la Programmation dans ce dossier.

Niveau de réalisation des mesures d'urgence: 1ère année (1986-1987)

Fait saillant: Dans la presque totalité des mesures, l'objectif de réalisation est dépassé



* Échéancier de construction de 170 lits à Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini: 1987-1988 et 1988-1989

APPLICATION DES MESURES DE DÉSENGORGEMENT DES URGENCES – BILAN APRÈS UN AN

Au cours de l'année 1985-86, la situation d'encombrement des salles d'urgence a été au centre des préoccupations du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

Le CSSSRMM avait alors été mandaté, lors d'une conférence de presse donnée par le premier ministre et la ministre de la Santé et des Services sociaux, pour élaborer et mettre sur pied un plan d'action comprenant vingt-et-une mesures regroupées en trois catégories: les solutions visant à corriger les problèmes reliés au fonctionnement interne des salles d'urgence, à la santé et aux services sociaux et, enfin, aux clientèles particulières. L'objectif de ces mesures était non seulement d'aider les centres hospitaliers à améliorer leur fonctionnement mais aussi d'éliminer les lacunes dans la disponibilité et la distribution de ressources, tant de courte durée, de longue durée que de première ligne. Un budget additionnel d'opération de 28,5 millions de dollars a été octroyé pour l'application de ces mesures dans la première année.

Au cours de la même période, tous les établissements de la région montréalaise recevaient, eux aussi, un mandat clair pour l'application des solutions proposées dans leur établissement et à l'extérieur de leur établissement.

Les résultats, après une année d'application de ce plan d'action, sont plus que satisfaisants. Tous les organismes et les établissements impliqués ont assumé leurs responsabilités et ont collaboré, dans un esprit de «partnership», à l'implantation de l'ensemble des mesures adoptées. Les objectifs escomptés ont non seulement été atteints, mais parfois dépassés.

Une évaluation préliminaire réalisée par le Conseil régional montre que la situation des urgences à Montréal s'est considérablement améliorée au cours des derniers mois, deux centres hospitaliers demeurant toutefois problématiques, soit Maisonneuve-Rosemont et la Cité de la santé de Laval. Quelques points saillants méritent d'être mentionnés:

- La situation des urgences à Montréal s'est améliorée ou stabilisée dans 80 % des C.H.S.C.D.;
- Le nombre de patients en attente d'hébergement ou de soins de longue durée dans les lits de courte durée a diminué de façon spectaculaire;
- La notion de détournement d'ambulance d'un C.H.S.C.D. à l'autre a été remplacée par des mesures de répartition préventive;
- L'accessibilité globale aux services de courte durée s'est accrue;
- Le phénomène d'attente de plus de 48 heures dans les urgences semble se stabiliser;
- 1 100 personnes sont actuellement maintenues à domicile plutôt que dans les C.H.S.C.D. et/ou les C.A.

Toutefois, une attention constante doit être apportée. Dans l'est et le nord de la région, la Cité de la santé de Laval et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont continuent de vivre des périodes de débordements importants malgré une amélioration de l'accessibilité globale de ces deux C.H. Le Conseil régional, conjointement avec le M.S.S.S. et les établissements concernés, élabore à cet effet un plan additionnel de mesures visant à pallier à ces problèmes. Ce plan comprend, entre autres, l'établissement de corridors de transfert pour assurer une accessibilité adéquate à la population de certains DSC, soit Maisonneuve-Rosemont et Laval; l'actualisation d'un plan de sortie pour les bénéficiaires de courte durée hébergés dans les C.H. Cité de la santé de Laval et Maisonneuve-Rosemont (environ 55 bénéficiaires); enfin, l'implantation d'un hôpital à domicile de vingt-cinq places.

Depuis le mois de juin 1986, un système d'information régional quotidien a été implanté et tous les hôpitaux de courte durée y participent. Ce système permet de connaître de façon quotidienne la situation dans les établissements en regard de l'achalandage à l'urgence, les admissions effectuées et les transports en ambulance. Il permet également de déceler le niveau de congestion des salles d'urgence et d'intervenir auprès des établissements pour prévenir des détériorations au niveau de l'accessibilité.

En septembre dernier, le conseil d'administration du Conseil régional mandatait un comité pour effectuer des visites d'évaluation du fonctionnement des salles d'urgence. Dix-sept centres hospitaliers ont été visités dans l'objectif d'évaluer le degré d'implantation des mesures, d'échanger sur les ajustements et d'examiner le fonctionnement de la salle d'urgence dans son ensemble tout en considérant les interfaces avec l'organisation (gestion des lits, services diagnostiques) et la communauté. Ces rencontres permettent de mieux comprendre les situations que vivent les établissements et de dégager des éléments de solutions tant pour l'établissement impliqué que pour la région.

Amélioration du fonctionnement des services à l'urgence et mise en place de politiques d'admission opérationnelles

Les objectifs visés par la politique d'admission adoptée par le CSSSRMM sont ainsi formulés:

- les C.H. doivent donner priorité aux urgences;
- les patients ne doivent pas séjourner plus de 48 heures dans les salles d'urgence;
- les C.H. doivent prioriser les services connexes pour le fonctionnement du service d'urgence (laboratoires, radiologie, cliniques externes);
- les C.H. doivent réviser annuellement la répartition de leurs lits en fonction des besoins des bénéficiaires, de l'intensité ou de la gravité des malades.

Tous les objectifs ont été réalisés à 100 %.

Le secteur des services hospitaliers de courte durée, pour la mise en place de politiques d'admission opérationnelles, a reçu vingt-sept politiques des établissements et évalue le degré de conformité de chacune d'elles en fonction de la politique régionale des admissions adoptée par le conseil d'administration du Conseil régional.

Révision des plans d'effectifs médicaux

En vertu de l'article de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, tous les centres hospitaliers sont tenus de soumettre au Conseil régional leur plan d'organisation qui doit prévoir la formation de départements cliniques de même que le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements.

Cet objectif a été réalisé à 100 %. Tous les plans d'effectifs médicaux ont été reçus et l'approbation de ceux-ci se fera en fonction de l'échéancier fixé dans la nouvelle règlementation (loi 72), c'est-à-dire pour le 1er septembre 1987.

Engagement des médecins coordonnateurs à l'urgence et à l'admission

Les responsabilités du médecin coordonnateur sont de voir à l'application de la politique d'admission, et d'intervenir pour accélérer la prise de décision sur les admissions et les sorties des bénéficiaires. Il s'implique également dans l'organisation de services au niveau de la salle d'urgence afin d'assurer une rapidité d'intervention auprès des bénéficiaires.

L'objectif a été réalisé à 100 % dès la première année alors que les prévisions d'implantation de cette mesure étaient de 80 % en 1986-87 et 20 % en 1987-88.

Mise en place et consolidation d'équipes multidisciplinaires à l'urgence et aux cliniques externes

L'objectif a été réalisé à 100 % dès la première année alors que les prévisions d'implantation de cette mesure étaient de 75 % en 1986-87 et 25 % en 1987-88.

Douze postes d'infirmières de liaison et 5 ½ postes de travailleurs sociaux ont été affectés aux services d'urgence et favorisent le traitement et l'orientation des bénéficiaires vers des ressources appropriées, notamment pour les personnes âgées.

Ajustement de la disponibilité des lits de soins de courte durée durant la période estivale

Au cours de l'été 1986, grâce à un financement de 8 millions de dollars, 975 lits ont été maintenus ouverts dans 18 centres hospitaliers pour assurer les admissions urgentes de la région.

IMPLANTATION DES MESURES DE DÉSENGORGEMENT DES URGENCES – RAPPORT D'ÉTAPE

Mise sur pied des services intensifs de maintien à domicile

Les objectifs visés sont:

- Permettre le retour à domicile de personnes âgées en lourde perte d'autonomie occupant un lit en C.H.S.C.D. mais ne requérant plus de services hospitaliers.
- Éviter l'hospitalisation inutile ou prématurée à des personnes âgées en lourde perte d'autonomie qui se présentent aux salles d'urgence et qui, avec des soins adéquats, peuvent retourner à domicile.
- Permettre aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie de demeurer à domicile et éviter ainsi l'utilisation non appropriée de ressources plus lourdes telles les salles d'urgence.

L'objectif tangible était d'assurer des services intensifs à domicile (entre 5 et 35 heures de services) sur une base annuelle à l'équivalent de 750 places/personnes. Cet objectif a été dépassé dès la première année par la création effective des 1 100 places/personnes (objectif atteint à 147 %).

Grâce à l'implication et à la collaboration de tous les CLSC unies aux efforts de coordination du CSSSRMM, près de 2 900 personnes âgées en grande perte d'autonomie auront été desservies, dont le tiers provenait directement des centres hospitaliers (965). Le coût moyen observé est de 7 000 $ par bénéficiaire qui reçoit en moyenne 13 heures de services par semaine, 52 semaines par année. Ce coût est deux fois moindre qu'en centre d'accueil.

Dans l'optique de compléter les unités à domicile déjà prévues pour les personnes en grande perte d'autonomie et à risques, et surtout pour prévenir l'utilisation inappropriée de ressources plus lourdes, notamment les hôpitaux, cinq CLSC ont reçu des mandats sous-régionaux: Vieux Lachine, Métro, Marigot, Rosemont et Villeray. Ces CLSC offrent pour l'ensemble de la région des soins ponctuels de support téléphonique et des visites d'infirmières à domicile, le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés. Au 28 février 1987, 3 950 bénéficiaires étaient inscrits à ces services, 3 028 appels avaient été acheminés et 635 visites effectuées.

Le secteur de première ligne du Conseil régional, dans le cadre des mesures visant à solutionner les problèmes d'engorgement des urgences, s'est vu dégager un budget de 9 millions de dollars pour renforcer les services à domicile aux clientèles âgées en lourde perte d'autonomie. Des services d'auxiliaires familiales, de gardiennes, d'infirmières, de travailleuses sociales, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes ont été rendus disponibles à domicile en quantité et qualité requises.

Une série d'interventions régionales visant à améliorer et à organiser l'articulation des C.H.S.C.D. et des services à domicile des CLSC ont été enclenchées. Outre l'élaboration de règles de références entre les deux types d'établissements, citons la constitution d'un bottin des interlocuteurs et l'expérimentation d'un outil de référence simple et concret.

Enfin, le CSSSRMM a joué et continue de jouer un rôle de fiduciaire. À ce titre, il assure la répartition et le suivi budgétaire ainsi que l'évaluation et le contrôle des activités et des services. Des outils précis de gestion régionale ont été conçus à cet effet.

Développement d'unités d'un jour en médecine

L'unité de médecine d'un jour a pour objectif de maintenir le bénéficiaire dans son milieu de vie naturel, dans des conditions adéquates et acceptables, en traitant sur une base externe ses pathologies et en utilisant toutes les ressources hospitalières disponibles le jour.

L'objectif a été atteint à 80 % dès la première année et sera réalisé complètement en 1987-88 alors que les prévisions d'implantation étaient de 75 % en 1986-87 et 25 % en 1987-88.

Les établissements visés sont: la Cité de la Santé de Laval, l'Hôpital Général Juif, l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, l'Hôpital Saint-Luc et l'Hôpital Fleury.

Conversion de lits de soins de longue durée en lits de courte durée

L'objectif a été atteint à 100 % dès la première année alors que les prévisions d'implantation étaient de 84 % en 1986-87 et 16 % en 1987-88.

Le secteur des services d'hébergement et de soins prolongés, largement impliqué dans le processus d'application des mesures de désengorgement des urgences, a fait convertir soixante-cinq lits de soins de longue durée en lits de courte durée aux C.H. Santa Cabrini, Maisonneuve-Rosemont et Jean-Talon.

Réouverture de lits fermés dans la région (125 lits)

L'objectif a été atteint à 100 % dès la première année alors que les prévisions d'implantation étaient de 75 % en 1986-87 et 25 % en 1987-88.

Ajout de lits de courte durée dans la région

Les centres hospitaliers Santa Cabrini et Maisonneuve-Rosemont verront leur bassin de lits de courte durée augmenté respectivement de 80 lits et de 90 lits. Cet ajout impliquant des réaménagements physiques et une construction importante, la réalisation de cette mesure se concrétisera au cours des deux prochaines années.

Les démarches visant l'ajout de ressources d'hébergement et de soins de longue durée sont en cours et déjà soixante nouveaux lits de longue durée ont été ouverts au C.H. St-Jude de Laval ainsi que les 260 lits du C.A.H. Villa Mont-Royal.

Projet pilote d'implantation d'un hôpital à domicile

L'hôpital à domicile est un système de distribution de soins, de traitements et de services à domicile, à la fois parallèle et complémentaire à l'hôpital.

Le centre hospitalier de Verdun gère actuellement 25 places d'hospitalisation à domicile et l'implantation de 25 autres places est planifiée à Ville de Laval.

L'objectif a été réalisé à 60 %, tel que fixé par les prévisions d'implantation et sera complété en 1987-88.

Développement et consolidation de centres de jour

L'objectif a été réalisé à 91 %, tel que fixé par les prévisions d'implantation et sera atteint à 100 % en 1987-88.

Création et consolidation d'hôpitaux de jour

L'objectif a été réalisé à 75 %, tel que prévu, et sera atteint à 100 % en 1987-88.

Deux nouveaux centres de jour et deux nouveaux hôpitaux de jour sont en implantation respectivement aux C.A. Denis-Benjamin Viger et Louis Riel et à l'hôpital Général du Lakeshore et l'hôpital St-Jude de Laval. Les budgets de sept centres de jour et cinq hôpitaux de jour ont de plus été consolidés pour leur permettre principalement d'accueillir une clientèle supplémentaire.

Consolidation et développement d'unités de gériatrie

La région compte 125 lits de plus de gériatrie active, pour un total de 365 lits. Ces unités permettront d'offrir un traitement global à la personne âgée, l'objectif étant de maintenir celle-ci dans son milieu naturel en lui donnant, lorsque nécessaire, du support à domicile.

L'objectif a été réalisé à 82 % et sera atteint à 100 % en 1987-88, alors que les prévisions d'implantation étaient de 75 % en 1986-87 et 25 % en 87-88.

En ce qui concerne la consolidation et le développement d'unités de traitement actif en gériatrie, l'objectif du secteur des services hospitaliers de courte durée est de développer 420 lits, selon la norme de quatre lits de gériatrie active par 1 000 personnes âgées (objectif atteint à 85 %). Seize hôpitaux possèdent une unité. Parmi ces hôpitaux, neuf ont reçu des argents pour consolider l'équipe multidisciplinaire affectée à l'unité de gériatrie.

Création d'équipes de psychogériatrie à domicile

L'équipe ambulatoire intervenant dans le milieu de vie vise à permettre à la famille, ou tout autre responsable du bénéficiaire, d'assurer elle-même la prise en charge et la réadaptation de la personne âgée présentant une détérioration physique ou psychique. Au besoin, elle sert également de consultant auprès de l'équipe de maintien à domicile. L'équipe doit intervenir à un stade précoce et, ainsi, contribuer à éviter une hospitalisation.

La région sera dotée sous peu de huit équipes couvrant ainsi l'ensemble du territoire.

Développement de lits de C.A. et de C.H.S.L.D.

Les prévisions d'implantation étaient de 11 % en 1986-87, 32 % en 1987-88 et 57 % en 1988-89. L'objectif a été réalisé à 9 % cette première année.

Développement de centres de crise et développement de services d'hébergement temporaire

Le centre de crise est un milieu d'accueil visant à répondre aux besoins des adultes en état de crise situationnelle ou d'adaptation, ou souffrant de détresse émotive. Le centre fournit des services de références, d'évaluation, d'intervention de crise, d'hébergement en collaboration avec des ressources du milieu ou du réseau. Il prévient les hospitalisations inutiles et réduit la pression dans les salles d'urgence.

L'objectif a été réalisé à 70 % dès la première année et sera atteint à 100 % en 1987-88, alors que les prévisions d'implantation étaient de 43 % en 1986-87 et 57 % en 1987-88.

Le secteur des services de santé mentale du CSSSRMM a participé à l'implantation de cinq centres de crise et d'hébergement temporaire dans les sous-régions. Trois d'entre eux sont en opération; les deux autres le seront en 1987-88. Ces centres travaillent principalement en collaboration avec les urgences psychiatriques. Un ajout de personnel a également été fait dans ces dernières pour améliorer les services à la clientèle. La commission des services de santé mentale procède actuellement à une tournée des urgences psychiatriques.

Ajout de professionnels en santé mentale

L'objectif a été réalisé à 90 % dès la première année et sera atteint à 100 % en 1987-88, alors que les prévisions d'implantation étaient de 77 % en 1986-87 et 23 % en 1987-88.

Mise en place de facilités pour les femmes itinérantes

L'objectif a été réalisé à 50 % cette première année alors que les prévisions d'implantation l'avaient fixé à 75 % en 1986-87 et 25 % en 1987-88.

Le programme pour femmes itinérantes, mis en place par le centre d'accueil Préfontaine, a développé, en attendant une localisation définitive, 8 places sur 18 à l'interne ainsi que des services communautaires à l'externe; 10 places supplémentaires à l'interne ouvriront en juin 1987. Cette clientèle à l'interne se caractérise ainsi:

- admissions (4 mois): 128 (à des fins de dégrisement et d'orientation);
- 60 % de cette clientèle a fréquenté une urgence hospitalière dans les trois mois précédant son admission;
- projection: 800 admissions par année.

PERSPECTIVES 1987-88

Le plan d'action initial, élaboré et mis sur pied par le Conseil régional, a été élargi. Des mesures supplémentaires ont été identifiées afin d'éviter une détérioration de la situation des urgences dans la région.

En premier lieu, l'engagement et la mobilisation médico-administratif a priorisé le service d'urgence dans chaque centre hospitalier et en particulier dans les centres hospitaliers sous forte pression.

Par ailleurs, compte tenu de l'impact spectaculaire du programme de maintien à domicile et de son coût très réduit, un ajout de ressources additionnelles dès à présent et un élargissement de la clientèle visée par les programmes s'avèrent tout indiqués pour que les services soient pleinement efficaces.

Une troisième mesure consiste à devancer l'échéancier de réalisation des mesures prévues pour 1987-88 et 1988-89, en particulier en ce qui concerne les C.A.H., les C.H.S.L.D. et les lits dans l'Est. Pour ce faire, les établissements devront compter sur un allégement des procédures administratives à tous les niveaux, depuis les organisations jusqu'au M.S.S.S. Cette mesure s'applique à l'ensemble de la région, mais plus particulièrement dans le Sud-Ouest où un C.H, le Centre hospitalier Verdun, a encore plus de 25 % de ses lits occupés par des personnes en attente d'hébergement.

Un effort particulier doit être fourni pour éviter que des décisions liées aux plans d'équilibre budgétaire ne viennent amoindrir l'accès aux C.H.S.C.D. (ex.: fermeture de lits non autorisée, fermeture de services).

Enfin, le Conseil régional maintient tous les systèmes de monitoring et, en dernier lieu, veille à actualiser le plan initial en préconisant des mesures additionnelles pour les établissements identifiés comme encore problématiques.

Équipement médical

Étude régionale des équipements médicaux spécialisés des centres hospitaliers publics de la région 06-A, Commission des immobilisations des centres hospitaliers, direction des Services administratifs, juin 1986.

Projet de développement des services de lithotritie par ondes de choc, Robert Demers, direction des Services administratifs, novembre 1986.

Hébergement – soins de longue durée

L'accessibilité des C.A.H. et C.H.S.L.D. aux communautés culturelles: recommandations, direction de la Programmation, avril 1986.

Hébergement temporaire: rapport d'étape sur la mise en place des orientations (document de travail), Luc Bordeleau, direction de la Programmation, janvier 1987.

Informations sur les demandes d'hébergement, direction de la Programmation, janvier 1986 (brochure d'information) [également disponible en anglais].

«Partageons nos bons coups» pour améliorer les conditions de vie des personnes hébergées, Conférence des CRSSS, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987 (produit en collaboration).

Les unités spécifiques: bilan et orientations, Renée O'Dwyer, direction de la Programmation, novembre 1986.

Information – communication

Guide concernant le droit d'auteur à l'usage du ministère et du réseau de la Santé et des Services sociaux, Comité provincial sur le droit d'auteur, ministère de la Santé et des Services sociaux, CSSSRMM, 1987 (produit en collaboration).

Rapport Vidéotex Santé: les applications du Vidéotex pour le réseau sociosanitaire, Yvan Mauger, Bruno Paquet *et al.*, direction de la Planification, juin 1986.

Réseau régional de communication: synthèse et plan d'action des activités 1986-87, Bruno Paquet, Jean Garneau, direction de l'Information et des relations avec la population, novembre 1986.

Périnatalité

Controverses obstétricales et les soins maternels, Michael Klein *et al.*, Comité régional d'humanisation des soins en périnatalité, direction de l'Information et des relations avec la population (publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux), 1986 (disponible en anglais).

Travailler en périnatalité, un défi: compte rendu des ateliers du colloque tenu le 6 octobre 1986, direction de l'Information et des relations avec la population, octobre 1986.

LES PUBLICATIONS 1986-87 DU CSSSRMM

Réadaptation

Gérontoxicomanie: expérimentation d'intervention en mini-réseau, Georges Létourneau, Guy Vermette, Roger Barbeau, Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies, direction de la Programmation, automne 1986.

Programme-cadre «Réadaptation et intégration sociale des personnes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral», Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques, direction de la Programmation, novembre 1986.

Répertoires, annuaires, inventaires

Annuaire des CLSC et équipes de services de première ligne de la région 06-A, direction de la Programmation, septembre 1986.

Inventaire des ressources résidentielles et communautaires pour personnes âgées, direction de la Programmation, janvier 1987 (un document pour chacun des DSC de la région).

Répertoire des établissements de santé et de services sociaux de la région de Montréal métropolitain (06-A), direction de l'Information et des relations avec la population, mars 1987.

Santé mentale

L'estimation quantitative des besoins en santé mentale en région 06-A, Orkia Lefebvre, Alain Aubin, Jacques Marleau, direction de la Planification, mai 1986.

Rapport final concernant la révision de la sectorisation des services de santé mentale de la région 06-A, Conseil et gestion d'organisations CGO inc., direction de la Programmation, juin 1986.

Services de première ligne – soins à domicile

État de la situation sur le programme de santé scolaire appliqué par les CLSC et équipes de services de première ligne dans la région de Montréal métropolitain (document de travail), Normand Lauzon, direction de la Programmation, 26 mars 1986.

Programme de services intensifs à domicile pour personnes âgées en grande perte d'autonomie, Pierrette Lambert, direction de la Programmation, 16 juin 1986.

Services à domicile dans la région 06-A: élément du système de santé et des services sociaux à développer en priorité (document de travail), André Trépanier, direction de la Programmation, janvier 1986.

Système socio-sanitaire

Le CSSSRMM: ses composantes, son environnement, direction de l'Information et des relations avec la population, mai 1986 (brochure d'information).

Les établissements au service de la population: rapport du colloque tenu le 15 mars 1986 à l'intention des membres de conseils d'administration des établissements publics de la région de Montréal métropolitain, direction des Services administratifs, mai 1986 (disponible en anglais).

Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, direction de l'Information et des relations avec la population, mai 1986.

Les problèmes et les enjeux et quelques pistes de solutions: mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, direction de la Planification, mai 1986.

Urgences santé

Bilan et perspective de la direction des Urgences santé, Urgences santé, mars 1986.

Urgences santé 9-1-1 pour toute urgence urgente, Urgences santé, mai 1986 (également disponible en anglais) [brochure d'information].

S'adresser au Service de référence pour consulter ou obtenir copie de ces documents (286-5604).

LES ABRÉVIATIONS

ABESQ	Auxiliaires bénévoles des établissements de santé du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
BSS	Bureau de services sociaux
CA	Centre d'accueil
CAH	Centre d'accueil d'hébergement
CAR	Centre d'accueil de réadaptation
CAS	Commission des affaires sociales
CASF	Commission des affaires sociales et de la famille
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CH	Centre hospitalier
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHVP	Centre hospitalier à vocation psychiatrique
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
CSSJF	Centre de services sociaux juifs à la famille
CSSMM	Centre de services sociaux du Montréal métropolitain
CSSVM	Centre de services sociaux Ville-Marie
CSSSRMM	Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain
CTMSP	Classification par types en milieu de soins prolongés
DSC	Département de santé communautaire
FCLSC	Fédération des centres locaux de services communautaires
MEQ	Ministère de l'Éducation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RAMQ	Régie d'assurance-maladie du Québec

Dépôt légal:
2e trimestre 1987

Rédaction:
Chantal Benhamron

Design:
David Silvian

Conception et réalisation:
Corégraph